

Sexuellt våld och övergrepp är ett globalt hälsoproblem. Prevalensen är hög och med ett förmodat stort mörkertal. Effekterna av sexuella övergrepp i barndomen kan påverka både kroppslig och mental hälsa negativt. I vårdssituationer tillämpas dock inte alltid dessa kunskaper, vilket kan få till följd att effekter av sexuella övergrepp inte avslöjas som möjlig orsak till psykisk ohälsa eller somatiskt oförklarliga symtom.

Det övergripande syftet med denna avhandling var att öka kunskapen om kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som nu sökt sig till självhjälpsgrupper. Frågeställningarna rör kvinnornas hälsa, personliga resurser, relationer och omständigheter kring övergreppen. Ett annat syfte var att undersöka om kvinnorna beskrev några förändringar i hur de upplevde sin hälsa efter det att de deltagit i en självhjälpsgrupp.

Resultaten från de fyra delstudierna diskuteras utifrån såväl ett psykologiskt som ett hälsopromotivt perspektiv. Känslan av sammanhang (KASAM) var extremt låg och lägst var värdet för kvinnor som varit utsatta under lång tid. Kvinnorna uppvisade en dålig psykisk hälsa med depression och ångest som de vanligast förekommande symptomen. Mer än hälften av kvinnorna hade värden som tydde på posttraumatisk stress. Dessutom påverkade affekten skam deras liv negativt.

Kvinnorna beskriver att deltagandet i ledarlösa självhjälpsgrupper har lett till förbättrad hälsa, minskade symtom, bättre självbild och ökat självförtroende som skulle kunna tyda på att empowerment har skett. Självhjälpsgrupper skall dock ses som ett komplement till professionell behandling.

Förutom att öka kunskapen om de effekter som sexuella övergrepp under uppväxten kan ha, vill jag också tydliggöra den salutogena kraft som kvinnorna i avhandlingen ger uttryck för, kopplad till värdet av att bli lyssnad på, respekterad och bekräftad.

Ut ur ensamheten

Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupper



GullBritt Rahm

Doktorsavhandling
Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
Göteborg, Sverige 2009

Ut ur ensamheten

Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupp

*The range of what we think and do is limited by what we fail to notice.
And because we fail to notice that we fail to notice,
there is little we can do to change until we notice how failing to notice
shapes our thoughts and deeds*

R.D. Laing

GullBritt Rahm

Doktorsavhandling
Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
Göteborg, Sverige 2009



Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupp

© GullBritt Rahm

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
Box 12133
SE-402 42 Göteborg
Sverige

www.nhv.se

ISBN 978-91-85721-51-1
ISSN 0283-1961

Tryck: Universitetstryckeriet, Karlstad 2008

Omslag: Brynje Lindström

Abstrakt

Bakgrund och syfte: Könrelaterat våld ses som ett globalt folkhälsoproblem och som den mest genomgripande, men minst uppmärksammade kränkningen mot mänskliga rättigheter. Prevalensen i Sverige har skattats till 10 % med ett troligt stort mörkertal. Sexuella övergrepp kan påverka både fysisk och psykisk hälsa negativt och utsatta kvinnor söker för många olika symtom utan att nämna övergreppen.

Det övergripande syftet med denna avhandling var att öka kunskapen om kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp under uppväxten och nu sökt sig till självhjälpsgrupper, rörande hälsa, personliga resurser, relationer och omständigheter kring övergreppen, samt hur de upplevt att delta i självhjälpsgrupp (SHG).

Metod: Avhandlingen bygger på fyra delstudier (I – IV) och har både kvantitativ och kvalitativ forskningsansats. Delstudie I (n=81) syftade till dels att mäta Känsla av Sammanhang, KASAM, hos kvinnorna, dels att analysera sambandet mellan KASAM-värde och frågor i ett formulär som konstruerats för delstudie I och II. Delstudie II (n=87) syftade till att mäta psykiska och psykosomatiska symtom (SCL-90-R) hos kvinnorna samt förekomsten av posttraumatiska stressymtom (IES-R). Delstudie III (n=10) hade både kvantitativ och kvalitativ ansats och syftade till att undersöka om och hur kvinnorna verbalt uttryckte outtalad skam via kodord i intervjuer. I den kvalitativa delstudie IV (n=17) intervjuades kvinnorna om upplevelsen av att ha deltagit i en självhjälpsgrupp och om det medfört några förändringar i hälsa, livssituationer och relationer.

Resultat: Kvinnorna uppgav att det vanligaste skälet för att delta i en självhjälpsgrupp var att vilja tala med andra kvinnor med liknande erfarenheter, följt av att få hjälpa varandra. Medelvärdet på KASAM var 104,1 med de lägsta värdena för dem som inte mindes hur många år de varit utsatta (I). De hade en dålig psykisk hälsa och signifikant sämre än en jämförelsegrupp bestående av kvinnliga psykiatriska patienter med olika diagnoser. Resultaten från IES-R visade att 57,5 % av kvinnorna hade värden som indikerade risk för post traumatisk stress (PTSD). I delstudie III framkom att kvinnorna använde kodord som indikerade skambenägenhet. Affekten skam påverkade deras hälsa, syn på sig själva och relationer negativt. Kvinnorna beskrev i delstudie (IV) att självhjälpsgrupperna fungerat som en väg ut ur ensamhet, att deras självbilder förändrats positivt, att symtom som t.ex. depression och ångest minskat samt minskade PTSD-symtom. Dessa förändringar kan indikera att kvinnorna har uppnått empowerment.

Konklusion: Problematiken kring sexuella övergrepp som sker under uppväxten är komplext. Att tänka hälsopromotivt – t.ex. genom ett helhetsperspektiv kring hälsa samt delaktighet – kring denna problematik är av vikt för dem som utsatts för övergrepp och

som behöver adekvat hjälp att bearbeta detta. Detta är också viktigt för professionella behandlare för att kunna ge rätt hjälp. En av hälsopromotionens grundstenar, empowerment, tycks ha uppnåtts i de deltagarstyrda självhjälpsgrupperna. Men självhjälpsgrupper ska endast ses som ett komplement till professionell vård. Därför behöver kunskaper spridas och utvecklas i de sektorer där man möter problematiken. En ökad kunskap bör kunna leda till ökad benägenhet att undersöka om sexuella övergrepp ligger bakom de symtom kvinnor uppvisar. Det är den grund som krävs för att kunna erbjuda en adekvat och rättvis vård.

Nyckelord: Sexuella övergrepp på barn; psykisk hälsa; PTSD; skam; salutogenes; självhjälpsgrupper; folkhälsa; hälsopromotion; empowerment.

DrPH-avhandling Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Box 12133, SE-402 42 Göteborg, 2009. E-mail: gullbritt.rahm@kau.se

ISBN 978-91-85721-51-1
ISSN 0283-1961

Abstract

Background and aim: Gender-based violence is regarded as a global public health problem and the most pervasive human rights violation. The prevalence in Sweden has been estimated at 10 %, probably with a high number of unrecorded cases. Sexual abuse may influence both mental and physical health negatively.

The overall aim of this thesis was to increase knowledge about women, sexually abused as children and now attending a self-help group with reference to questions regarding health, personal resources, relations, circumstances surrounding the abuse and experiences of participating in a self-help group.

Method: The thesis comprises four studies (I-IV) with both quantitative and qualitative methods. Study I (n=81) was designed to measure personal resources using the Sense of Coherence (SOC) questionnaire and also to determine any relation to factors such as age, education, relations, abuse characteristics and reasons for wanting to attend a self-help group. Study II (n=87) was designed to measure psychological stress and symptoms (SCL-90-R) and to determine whether the women were at risk of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), measured with IES-R. Study III (n=10) had both quantitative and qualitative approaches and was intended to determine whether and how the women verbally expressed shame. The qualitative study IV (n=17) reports on interviews with the women about their experience of participating in a self-help group with regard to possible changes in health, life-situation and relations.

Results: The most common reason for taking part in a self-help group was to talk to others with the same experiences. It was found that the women had a low SOC mean score (104.1, sd = 27) with the lowest scores for those women who did not remember for how long they had been abused (I). The women rated their mental health as poor and significantly poorer in comparison with groups of psychiatric patients. Depression showed the highest scores. The results from the IES-R scale showed that 57.5 % of the women had reactions of clinical importance and a possible PTSD. In study III it was evident that the women used code words that indicate proneness to shame. The affect shame influenced the women's health, how they perceived themselves and their relations in a negative way. In study IV the women reported that the self-help groups had been a way out of solitude. The changes the women ascribed to the self-help group were improved health with less depression, anxiety and reduced PTSD-symptoms, indicating that they had reached empowerment.

Conclusion: Using a health promotion approach – with for example a holistic view of health and a participatory mode of procedure – to the complex problems that can follow in the aftermath of sexual abuse is important for those exposed for it, to get help to recover. It is also important for caregivers to increase the possibility to ensure the

provision of adequate help. One of the foundation-stones of health promotion, empowerment, seems to have been achieved in the groups. Self-help groups should nevertheless be seen as a complement to professional care. It is therefore important to disseminate knowledge about effects of sexual abuse. Such knowledge should make it easier to determine whether the trauma of sexual abuse underlies the symptoms the patient presents. That is the foundation needed to offer adequate and equitable care.

Key words: Childhood sexual abuse; mental health; PTSD; shame; salutogenesis; self-help groups; public health; health promotion; empowerment.

Doctoral dissertation, Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden, 2009.

E-mail: gullbritt.rahm@kau.se

ISBN 978-91-85721-51-1

ISSN 0283-1961

Avhandlingen bygger på följande delstudier, i texten refererade till som I-IV

- I. Renck, B, Rahm, G. (2005). Sense of coherence in women with a history of childhood sexual abuse. *International Journal of Social Welfare*, 14: 127–133.
- II. Rahm, GB., Renck, B. & Ringsberg, K. C. Psychological distress and risk for PTSD in women, sexually abused as children and now attending self-help groups. Submitted.
- III. Rahm, GB., Renck, B. & Ringsberg, K. C. (2006). ‘Disgust, disgust beyond description’ – shame cues to detect shame in disguise, in interviews with women who were sexually abused during childhood. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13: 100–109.
- IV. Rahm, GB., Renck, B. & Ringsberg, K. C. So different but so alike – the experiences of participating in a self-help group for women, sexually abused in childhood. Submitted.

Artiklarna är omtryckta med tillåtelse från berörda tidskrifter.

Letter to Mom

*I wrote my mother yesterday 'cause I had some things that I had to say
and I know that when she reads them she's gonna cry
But in the end I hope she sees
that I'm just trying to break free
'cause I've been walking 'round with secrets now, too long*

*Back when I was barely ten Mom brought home a new boyfriend
and I know that times were bad and he made her feel good
but one night he climbed into my bed
and he left me wishing I was dead
and I've been walking 'round with secrets now, too long*

*You say I'm digging up the past and it's not wise to go back
but for me it's just as close as yesterday
and I'm not the kind for breaking rules
and I'm not wanting to be cruel
I've just been walking 'round with secrets now, too long*

*All my life I've felt ashamed, 'cause I thought I was the one to blame
and I vowed to God that no one else would ever know
how he crushed my childish pride
and left me tears that never dried
and I've been walking 'round with secrets now, too long*

*You say I'm digging up the past and it's not wise to go back
but for me it's just as close as yesterday
and I'm not the kind for breaking rules
and I'm not wanting to be cruel
I've just been walking 'round with secrets now, too long
and I've just been walking 'round with secrets now, too long*

Iris DeMent

INNEHÅLL

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Mänskliga rättigheter	1
2.2 Förekomst	2
3. TEORETISKA PERSPEKTIV	3
3.1 Folkhälsovetenskapligt perspektiv	3
Hälsopromotion	5
Empowerment	5
Delaktighet	6
Jämställdhet/rättvisa	8
Varaktighet	8
Helhetssyn på hälsa	9
Intersektoriellt och multistrategiskt arbete	12
3.2 Psykologiskt perspektiv	13
Skam ur ett affektteoretiskt perspektiv	13
Psykotraumatologi och post traumatic stress	15
Anknytningsteori	16
Copingteori	17
3.3 Genusaspekter.....	20
4. PROBLEMFORMULERING OCH SYFTE.....	22
4.1 Frågeställningar	22
4.2 Syfte.....	23
Övergripande syfte	23
Delsyften.....	23
5. MATERIAL OCH METOD	24
5.1 Självhjälpsgrupper	24
5.2 Kvalitativ och kvantitativ forskningsansats.....	25
5.3 Studiedesign	26
5.4 Delstudier	26
Delstudie I	26
Delstudie II	26
Delstudie III.....	26
Delstudie IV.....	27
5.5 Deltagare.....	27
6. BESKRIVNING AV DELSTUDIERNA.....	29
6.1 Datainsamling.....	29
Kvantitativ data	29
Kvalitativ data	30
6.2 Analys.....	31
Kvantitativ analys.....	31
Kvalitativ analys.....	32

6.3 Metodologiska överväganden.....	34
Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.	34
6.4 Etiska överväganden.....	36
7. RESULTAT.....	38
7.1 Delstudie I	38
7.2 Delstudie II	38
7.3 Delstudie III.....	40
7.4 Delstudie IV.....	43
8. DISKUSSION	46
8.1 Generell diskussion	46
Empowerment, delaktighet och förbättrad hälsa	46
Helhetssyn på hälsa och salutogenes	49
Rättvisa och jämställdhet.....	51
Intersektoriellt och multistrategiskt arbete och följder av sexuella övergrepp under uppväxten	51
Varaktig förändring mot en bättre hälsa	52
8.2 Metoddiskussion.....	53
9. Slutkommentar	55
Kliniska implikationer	55
Förslag till kommande forskning.....	56
SUMMARY in ENGLISH	56
Introduction	57
THEORETICAL FOUNDATIONS AND PERSPECTIVES	57
The Public Health perspective.....	57
Health promotion.....	58
Salutogenesis	59
Psychological theories	60
Affect-theory and shame	60
Traumatology and post traumatic stress	60
Attachment theory	60
Coping-theory.....	61
RESEARCH ISSUES AND AIMS	61
Research issues	61
Aims	62
METHODS.....	62
FINDINGS	63
DISCUSSION.....	65
CONCLUSION	66
Clinical implications and suggestions for further research	66
TACK	67
REFERENSER	69

Bilaga 1 och 2
NHV-rapporter

Lista över förkortningar

CSA	Childhood Sexual Abuse
DESNOS	Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified
GMR	Generella motståndsresurser
GSI	Global Severity Index
IES-22-R	Impact of event scale-Revised
KASAM	Känsla av sammanhang
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
SCL-90-R	Symptom Check-List 90 Revised
SHG	Självhjälpsgrupp/Self-help group
SOC	Sense of Coherence
WHO	World Health Organisation

1. INLEDNING

Till de mänskliga rättigheterna hör att få hjälp då man varit utsatt för övergrepp. För att öka möjligheten att adekvat hjälpa kvinnor som i barndomen varit utsatta för sexuella övergrepp är det viktigt att sprida kunskap om effekter av övergrepp och att identifiera möjliga hälsofrämjande faktorer, vilket jag försökt göra i denna avhandling. Som socionom, med en salutogen, systemisk vidareutbildning som familjepsykoterapeut stämmer detta sätt att tänka väl. Att ha ett folkhälsovetenskapligt perspektiv har tillfört ytterligare en aspekt. I mitt terapeutiska arbete har jag inom olika arbetsområden, med olika fokus (barnpsykiatri, familjerådgivning, kvinnojour, ungdomsmottagning), mött flickor/kvinnor som berättat om sexuella övergrepp i barndomen. Kvinnorna efterfrågade ofta gruppverksamhet och 1997 startades den första självhjälpsgruppen i kvinnojourens regi. I samband med denna start initierades också ett forskningsprojekt med ett folkhälsoperspektiv och jag fick möjlighet att som forskningsassistent på dåvarande Centrum för folkhälsoforskning i Karlstad, börja den spännande resa som nu utmynnat i föreliggande avhandling.

Sammanfattningsvis syftar avhandlingen till att öka kunskaperna kring hälsa, liv och relationer för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och nu deltagit i självhjälpsgrupper. Då fenomenet sexuella övergrepp i barndomen är ett folkhälsoproblem används folkhälsoperspektivet för att binda samman de olika delstudiernas perspektiv. I delstudie I undersöks känsla av sammanhang (Antonovsky, 1991), delstudie II undersöks psykiska symtom och i delstudie III fokuseras om och hur affekten skam uttrycktes. Slutligen undersöks i delstudie IV kvinnornas upplevelse av deltagande i självhjälpsgrupp och om det medfört några förändringar avseende hälsa, livssituationer och relationer.

2. BAKGRUND

2.1 Mänskliga rättigheter

Mänskliga rättigheter är de rättigheter som ger människor en ”grund” för att kunna leva och utvecklas på ett värdigt sätt och skall gälla för alla, oavsett aspekter som ras, religion, nationalitet eller kön. De mänskliga rättigheterna är universella och gäller på både samhällelig och individuell nivå. Att ha rättigheter medför också att ha plikter i det samhälle man lever i, att följa de lagar som finns och att inte kränka andra människors rättigheter (FN:s deklaration om mänskliga rättigheter, 1948). I artikel 25 poängteras barns rätt till skydd och det tydliggörs ytterligare i FN:s konvention om barns rättigheter (1989), i vilken barns rätt till skydd även mot föräldrar eller andra nära vårdare betonas. Skyddet gäller misshandel och utnyttjande, vilket inkluderar sexuella övergrepp.

Våld mot kvinnor och barn har lyfts fram i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter (1948) och i WHO:s världsomspännande rapport om våld och hälsa (WHO, 2002). I den senare belyses könsrelaterat våld, där både fysisk och mental misshandel och sexuella övergrepp/utnyttjande av flickor och kvinnor beskrivs som ett globalt hälsoproblem. Heise, et al. (2002) understryker att det könsrelaterade våldet är den mest genomgripande och ändå minst uppmärksammade kränkningen mot mänskliga rättigheter som pågår över hela världen.

2.2 Förekomst

Sexuella övergrepp mot barn har länge varit ett dolt fenomen i vårt samhälle (Socialstyrelsen, 1991) och kan definieras som varje sexuell handling som sker mellan en vuxen eller en nära släkting och en underårig. Övergreppen kan bestå av enstaka tillfällen eller upprepade tillfällen, ibland under många år. Även ofrivilliga sexuella handlingar mellan en underårig och jämnåriga ingår i definitionen (Socialstyrelsen, 1991; Heise, et al., 2002). I Socialstyrelsens allmänna råd (1991) rörande övergrepp mot barn, betonas att omvärldens förhållningssätt har präglats av motstånd mot insikten att sexuella övergrepp mot barn förekommer. Först på senare år har hälsoproblem hos vuxna kvinnor till följd av sexuella övergrepp i barndomen börjat uppmärksammas. Internationellt är den skattade prevalensen mellan 1 och 30 %, medan förekomsten i Sverige har skattats till 10 % (Lundqvist et al., 2004). Prevalensen när det gäller sexuella övergrepp varierar i studier, beroende på att man dels definierat övergrepp olika och dels beroende av vilken metod som använts i undersökningen (Fergusson & Mullen, 1999). Mer personliga metoder som individuella intervjuer, där man är noga med att undvika värdeladdade ord, ger ofta högre frekvens av övergrepp, än om kvinnor ska fylla i enkäter. Johnson & Benight (2003) konstaterar att det kan vara en psykisk påfrestning för traumatiserade människor att svara på och fylla i frågeformulär, med frågor som rör det trauma de varit utsatta för.

I Sverige har prevalensen tidigare skattats till 8 % för kvinnor 18-37 år och 7 % i åldersgruppen 16-24. För män är motsvarande siffror 3 % och 1 % (Risberg et al., 1999; Socialstyrelsen, 1999). Andra studier, inom primärvården, visar en prevalens på mellan 23 och 37 % bland kvinnliga patienter. Man kan dock anta att dessa siffror i realiteten är högre, då mörkertalet på grund av att problemet är tabubelagt och smärtsamt, är stort. Detta kan leda till att utsatta personer minimerar och försöker glömma det som skett (Heise, et al., 2002; Lundqvist et al., 2004; Risberg et al., 1999; Socialstyrelsen, 1999). Fergusson & Mullen (1999) rapporterar att i 6-32 % av fallen är förövaren en far/styvför eller ett syskon och omkring 18 % är en släkting. Att kvinnliga patienter inom sjukvården beskrivits som svåra och somatiserande, med medicinskt oförklarliga symptom, förklarar Malterud & Hollnagel (1999) ur ett genusperspektiv. Män och kvinnor möts med olika förväntningar som en konsekvens av genusperspektivet inte beaktas. Dock, menar de, har det de senaste decennierna påvisats att utsatthet för våld och övergrepp kan ge medicinska följder. Heise, et al. (2002) redogör för att sexuella övergrepp under barndomen har klara samband med olika riskbeteenden när det gäller sexualitet. Det leder i sin tur till ökad risk för sexuellt överförbara sjukdomar. En mängd gynekologiska besvär, bl.a. kronisk bäckensmärta, har i studier befunnits vara vanligare

hos kvinnor som utsatts för övergrepp i barndomen (Heise et al., 2002; Hilden et al., 2004). Hilden et al. (2004) redovisar också att om man varit utsatt för fysiskt och/eller psykiskt våld i tillägg till sexuella övergrepp, så predicerar det starkt både att man upplever sig ha en dålig hälsa och att man har psykosomatiska symtom.

Många barn avslöjar inte övergrepp i samband med att det skett (Svedin & Back, 2003). Studier från USA visar att mindre än hälften av barnen berättar om övergreppen och många inte förrän de är vuxna, om det överhuvudtaget avslöjas. Springs & Friedrich (1992) rapporterar att mindre än 2 % av kvinnor som varit sexuellt utnyttjade avslöjar det för sin läkare. I en studie om kvinnor (n=89) med gastroenterologiska symtom, som varit utsatta för sexuella övergrepp, rapporterar Drossman et al. (1990) att en tredjedel av dessa kvinnor över huvud taget aldrig hade pratat med någon om övergreppen. Endast 17 % hade informerat sin läkare. Studier rörande kvinnliga patienter i öppen eller sluten psykiatrisk vård, med olika psykiatriska diagnoser visar att mellan 25-77 % varit utsatta för sexuella övergrepp under barndomen (Lundqvist et al., 2004). Bland människor som söker psykiatrisk vård finns alltså en överrepresentation för att ha varit utsatt för sexuella övergrepp under uppväxten. En rapport från Socialstyrelsen (1999) visar att det gäller både barn och vuxna. Bland flickor/kvinnor rör det sig om ungefär hälften av inneliggande patienter, för pojkar 11,5 % (Fergusson & Mullen, 1999; Socialstyrelsen, 1999). Även Herman (1990) och Read (1997) har funnit en hög prevalens inom psykiatrisk vård och Herman menar dessutom att den här gruppen patienter ofta både får fel diagnos och till följd av det behandling som inte är adekvat.

Som framgår av ovanstående utsätts män såväl som kvinnor, pojkar såväl som flickor för sexuella övergrepp. Utgångspunkten för detta avhandlingsarbete har varit kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp som barn och som i vuxen ålder sökt sig till självhjälpsgrupper.

3. TEORETISKA PERSPEKTIV

I avhandlingen använder jag både ett folkhälsovetenskapligt och ett psykologiskt perspektiv för att belysa den komplexa problematiken kring effekterna av sexuella övergrepp i barndomen från flera håll.

3.1 Folkhälsovetenskapligt perspektiv

Våld är ett globalt folkhälsoproblem och könsbaserat våld är den mest genomgripande kränkningen mot mänskliga rättigheter i världen (WHO, 2002; Heise et al., 2002). WHO (2002) slår också fast att övergrepp mot barn orsakar en stor del av ohälsa globalt. Det gäller både fysisk och psykisk ohälsa, inkluderande psykiatriska tillstånd, självmord och självmordsbeteenden.

En vanligt använd definition av folkhälsovetenskap är ”vetenskapen och konsten att främja hälsa, förebygga sjukdom och att förlänga liv genom organiserade krafter i

samhället” (Acheson report, 1988). Det kan beskrivas som att begreppet hälsa refererar till individer, medan folkhälsa handlar om hälsa hos befolkningen (WHO, Ottawa Charter, 1986). Enligt Beaglehole & Bonita (1999) är folkhälsoarbete ur ett folkhälsoperspektiv ett kollektivt agerande av samhället för att skydda och främja hälsan hos befolkningen. Dessa författare menar dock att termen ”public health” (folkhälsa) kan vara förvirrande då ”public” kan avse både individer i ett samhälle eller grupper i samhället där individerna ingår. Folkhälsovetenskapen visar att sjukdomsmönstren i många länder och kanske främst i västvärlden förändrats från infektionssjukdomar till mer varaktiga, kroniska tillstånd. Det kan handla om sjukdomar som cancer, muskuloskeletala sjukdomar, psykisk ohälsa och demens. Dessa och andra tillstånd kan ha påverkats av livsstil och faktorer i omvärlden likväl som av olyckor och sociala stigma (Beaglehole & Bonita, 1999; Malterud & Solvang, 2005).

Som tidigare nämnts menar WHO att våld är ett folkhälsoproblem och i deras World report on violence and health (2002) understryks att trots att folkhälsa per definition inte handlar om individuella patienter så är ett gott omhändertagande och stärkande av individers hälsa viktigt. Ett folkhälsovetenskapligt perspektiv på våld innebär att sätta fokus på hur våldet påverkar individens hälsa, fysiskt och psykiskt och inte i första hand på juridiska aspekter av det (Folkhälsoinstitutet, 1995). För att tydliggöra komplexiteten kring det könsrelaterade våldets problematik, är det viktigt att sätta in det i ett större sammanhang. En ekologisk modell introducerades i slutet av 1970-talet för att öka förståelsen kring relationen mellan det individuella och omgivande faktorer i förhållande till barnmisshandel. Modellen har sedan använts för könsrelaterat våld och våld i allmänhet (Belsky, 1980; Heise, 1998; WHO, 2002). Modellen beskriver fyra nivåer som påverkar risken för våld (se fig. 1) där den första nivån handlar om vad en individ bär med sig i sin personliga historia som påverkar beteenden och relationer till andra. Nästa nivå innefattar den närmsta omgivningen där våldet begås, t.ex. i familjen. Den tredje nivån är samhällsrelaterad och innefattar de sociala strukturer som omger de båda tidigare nivåerna (exempelvis arbetsplatser, grannskap och sociala nätverk) och slutligen den fjärde, som innehåller den mer generella synen på våld samt den kultur som råder i samhället i stort.

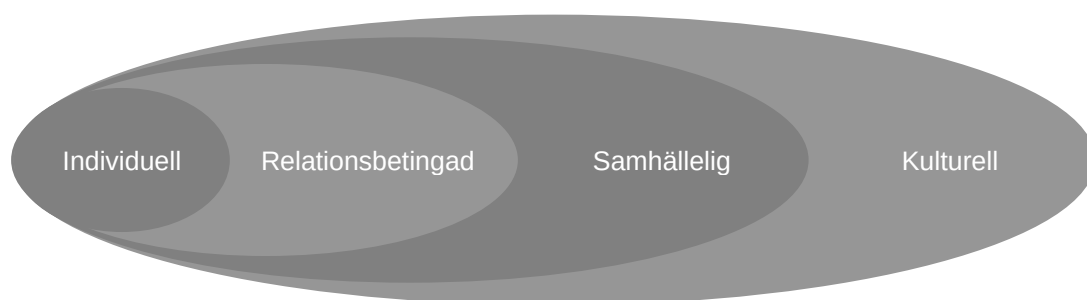


Fig 1. Ekologisk modell av våld. (Källa: Heise, 1998).

Att som barn utsätts för sexuella övergrepp och följdverkningarna av det i vuxen ålder har en klar folkhälsovetenskaplig relevans. Prevalensen är hög, med ett troligt stort mörkertal. Det tycks också som prevalensen ökar, vilket skulle kunna bero på en faktisk ökning men också på hur frågor ställs och definieras i undersökningar. Vidare kan ett förändrat samhällsklimat, med en större öppenhet kring problematiken leda till att fler berättar om och polisanmäler övergreppen och därigenom minskar mörkertalet. Övergreppen påverkar barns och kvinnors hälsa och livskvalitet i hög grad samt kränker de mänskliga rättigheter som anges i FN:s deklaration som ska ge människor möjligheter att leva och utvecklas på ett värdigt sätt.

Hälsopromotion

Hälsopromotion är en inriktning inom folkhälsovetenskap och definieras som den process som möjliggör för människor att öka kontrollen över och att förbättra sin hälsa (Ottawa Charter, 1986). Ett hälsopromotivt arbete kan utföras såväl på individuell nivå genom information och utbildning, som på samhällsnivå där påverkan av sociala strukturer och politik är i fokus. För att få möjlighet att implementera kunskaper på samhällsnivå när det gäller sexuella övergrepp behöver man också samla information på en individuell nivå, vilket är utgångspunkten i den här avhandlingen. Inom hälsopromotion finns principer som är användbara i den här avhandlingen och jag har valt att använda de sju grundprinciper med vilka Rootman et al. (2001) definierar hälsopromotion utifrån en vidareutveckling av Ottawa Charter:

- Empowerment
- Delaktighet
- Jämställdhet/rättvisa
- Varaktighet
- Helhetssyn
- Intersektoriellt arbete
- Multistrategiskt arbete

Dessa grundprinciper är alla, men i olika grad, tillämpbara på avhandlingens forskningsområde. Nedan följer en redogörelse för grundprinciperna. De relateras också till avhandlingens fokus; kvinnor som nu söker sig till självhjälpsgrupper och som varit utsatta för sexuella övergrepp under uppväxten samt effekterna av dessa övergrepp.

Empowerment

Fokus i denna avhandling är på kvinnor som sökt sig till självhjälpsgrupper för att förbättra sin hälsa. Självhjälp betyder i hälsopromotionskontext (WHO, 1998) att människor och organisationer mobiliserar nödvändiga resurser för att främja, upprätthålla och återställa individers eller grupper hälsa. Begreppet empowerment har vuxit fram ur bl.a. självhjälpsideologin och kvinnorörelsen (Wallerstein & Bernstein, 1988; Gibson, 1991; Rissel, 1994) och är därför ett centralt begrepp i denna avhandling.

Empowerment kan definieras som en process som ska möjliggöra för individer att få mera makt över beslut och åtgärder (personliga, socioekonomiska och miljörelaterade faktorer) som påverkar deras hälsa (WHO, Ottawa Charter, 1986; WHO, 1998). Det finns flera definitioner, men jag har valt att använda den som används inom hälsopromotion. Det är få begrepp som har så stor potential inom hälsopromotion som empowerment, varför det är ett centralt begrepp inom folkhälsovetenskapen (Rissel, 1994; Tones & Tilford, 2001). Det definieras och beskrivs olika av olika författare (Fossum, 2003). För det första utifrån utbildningsperspektiv med tonvikt på dialog och kritiskt tänkande för att finna orsaken till problemen och därigenom ha möjlighet till alternativa sätt att hantera dem (Freire, 1972; Fossum, 2003). För det andra används empowerment som ett medel att nå andra mål, såsom hälsa (Labonte, 1994) och som både resultat och process (Caraher, 1998; Conger & Kanungo, 1988; Askheim, 2008). Askheim (2008) menar utifrån analysen av begreppet power, som är ursprungsbegreppet i empowerment, att det kan betyda styrka och kraft, men också makt. Med den utgångspunkten betyder empowerment att personer eller grupper i maktlösa positioner ska tillskansa sig kraft och styrka för att uppnå makt och därigenom kunna motarbeta krafter som håller dem nere. På så sätt blir empowerment både en målsättning och en beskrivning av de medel som behövs för att nå dessa mål.

Empowerment kan ske på olika nivåer. Dels en individuell nivå som benämns psykologisk empowerment och är den mest tillämpliga i denna avhandling och dels en kollektiv nivå, som behandlar empowerment på ett samhälleligt plan (Wallerstein & Bernstein, 1988; Rissel, 1994). Oavsett vilken nivå man rör sig på så är empowerment en social handling. Den utmanar föreställningar om hur något är samt innehåller relation till och dialog med andra. Detta görs genom ett aktivt deltagande i någon form av grupp, med mål att uppnå fenomen som medvetandegörande, ömsesidigt stöd, tillhörighet, större hanterbarhet, kraft, kompetens, egen kontroll, självständighet och självkänsla (Freire, 1972; Page & Czuba, 1999; Wallerstein & Bernstein, 1988; Gibson, 1991; Rappaport, 1987; Rissel, 1994; Askheim, 2008). Enligt Rappaport (1985) kan det vara svårt att definiera empowerment, men han menar att när man väl upptäcker det så känner man igen det. Gibson (1991) menar att det enklast förstås utifrån frånvaron av känslor som maktlöshet, hjälplöshet, hopplöshet samt offersituationer, underordning, beroende och förlorad kontroll över livet.

Delaktighet

Avhandlingen handlar om kvinnor som deltagit i självhjälpsgrupper som bygger på delaktighet och eget ansvar. Inom hälsopromotion definieras delaktighet med att den/de det gäller skall göras delaktiga i alla steg av planering, genomförande och utvärdering (Ottawa Charter, 1986).

Att ha varit utsatt för sexuella övergrepp är ett tabubelagt område, där känslan av att vara ensam om detta är vanlig. Bass & Davis (1996) menar att det därför är speciellt framgångsrikt, i en läkande process, att arbeta i självhjälpsgrupp kring känslor av skam, isolering, hemlighetsmakeri och bristande självkänsla för denna målgrupp. Man kan således se självhjälpsgrupper som ett medel att uppnå empowerment och Rappaport

(1985) menade att alla som upplevt att delta i en grupp där man både fått hjälp och hjälpt andra har känt känslan av att börja röra sig mot empowerment. Detta understryker vikten av ömsesidigt stödjande i självhjälpsrörelsen och tydliggör det som en viktig grundsten i begreppet empowerment. Andra grundstenar är frivillighet och att man samlas kring ett gemensamt problem (Katz & Bender, 1976; Hodges & Segal, 2002; Gibson, 1991; Rissel, 1994). Paulo Freire (1972) vars arbete syftade till att stärka svaga grupper i samhället är en av grundarna till självhjälpsideologin. För honom var dialog tillsammans med jämställda gruppmedlemmar en väg att nå kunskap om de gemensamma problemen, för att på så vis kunna ta aktiv del i förändringsarbete. Kunskap kommer inte från experter, ansåg Freire (1972) utan den växer fram kollektivt ur en grupp där man delar erfarenheter och förstår de sociala krafter som påverkar individers liv. Dessa tankar rörde sig på ett samhällsplan, men bör kunna gälla självhjälpsgrupper med mer individuell inriktning, och enligt Rissel (1994) är empowermentbegreppet tillämplbart både ur ett psykologiskt/individuell och samhällseligt perspektiv.

Karlssons (2000) definition av en självhjälpsgrupp som ”en mindre, deltagarstyrd samling av människor som regelbundet träffas för att bearbeta gemensamma problem genom ömsesidigt stöd och hjälp” har ju tydligt växt fram ur de tidigare beskrivna ideologierna. Självhjälpsgrupper kan vara både ett alternativ och ett komplement till traditionell vård och kan uppstå genom ett missnöje med denna (Adamsen & Midtgaard Rasmussen, 2001; Katz & Bender, 1976). De kan organiseras olika, där det vanligaste är att deltagarna endast stöttar varandra. Dock har det blivit vanligare att man använder sig av professionella resurser, som ledare eller konsulter (Karlsson, 2000; Adamsen & Midtgaard Rasmussen, 2001). Självhjälpsgrupper har använts inom många andra problemområden, som till exempel bröstcancer (Damen et al., 2000), kroniskt sjuka, psykisk ohälsa, fysiskt och psykiskt handikappade, ensamstående föräldrar och rehabiliterade missbrukare (Bong-Ho, 2004; Leung & Arthur, 2004) och efter skilsmässa (Thuen et al., 1998). Rappaport (1985) hävdade att professionella i ett uppriktigt samarbete med medlemmar i självhjälpsrörelsen har mycket att vinna men också något att ge. Det ger en möjlighet att lära mer om mänskliga processer och relationer genom att observera det fenomen som fungerar hjälpande *in vivo*, vilket även Jacobs & Goodman (1989) understrukt.

Självhjälpsgrupper har beskrivits som en möjlighet att få tillhöra en referensgrupp och att ge möjlighet till anknytning och identifiering med andra (Adamsen & Midtgaard Rasmussen, 2001). Genom salutogena faktorer som att bli lyssnad till, att få hjälpa andra, att inte hela tiden vara den som blir hjälpt, det vill säga genom ömsesidigt socialt stöd, blir gruppprocessen i sig salutogen (Rosenberg, 1984). Jacobs & Goodman (1989) hävdar att självhjälpsgruppen kan vara det första ställe där man känner sig jämställd med andra och inte annorlunda och underlägsen. Att delta i en självhjälpsgrupp kan då också vara en väg mot att stärka sin självkänsla (Adamsen & Midtgaard Rasmussen, 2001). Viktiga mål med självhjälpsgrupper är att utveckla goda, ändamålsenliga copingstrategier, både individuella och interpersonella, samt att höja kunskapsnivån i gruppen kring det gemensamma temat (Rosenberg, 1984). Eftersom empowerment inte kan ges till någon, utan måste erövrats, fastslår Rappaport (1985) att en viktig roll i grupper som arbetar med ömsesidig hjälp (självhjälpsgrupper)

är att tillhandahålla förutsättningar, ett salutogent språk och sin övertygelse om möjlig förändring till människor, som sedan kan erövra empowerment.

Jämställdhet/rättvisa

I Ottawa Charter (WHO, 1986) understryks att social jämställdhet och rättvisa ska eftersträvas. För en grupp människor, som traumatiserats som barn, som ofta inte får den hjälp de behöver, handlar rättvisan om att få nödvändig hjälp för att kunna leva både jämställt och med bättre hälsa och för att förändringar som sker ska kunna vara varaktiga. Empowerment är en väg att nå sådana mål. Kunskapsspridning om trauma och erbjudande om hjälp/behandling på olika nivåer, är då viktiga aspekter inom hälsopromotion.

Sexuella övergrepp är ett tema i denna avhandling. Författarna i WHO:s (2005) Multi-Country study rekommenderar att använda termen genusbaserat/könsbaserat våld (gender based violence) som ett samlingsnamn för de vanligaste typerna av våld mot kvinnor, våld i nära relationer eller våld i hemmet. I det genusbaserade våldet ingår också sexuella övergrepp som oftast sker av en man på en individ, barn eller vuxen, av kvinnligt kön (Socialstyrelsen, 1999). Trots att kunskap finns om genuskillnader i hälsa saknas genusperspektivet i hälsopromotionsinterventioner fastslår Östlin et al., (2006). De menar att stora satsningar på hälsopromotion och prevention i förhållande till genusbaserat våld behöver göras på olika plan och att genusbaserat våld skadar på många arenor. Här nämns både sociala, ekonomiska och känslomässiga svårigheter som en följd av genusbaserat våld och att man behöver sätta dessa i fokus i ett hälsopromotivt arbete. De sociala och ekonomiska aspekterna kan också appliceras på en samhällslevelig nivå.

Varaktighet

Med varaktighet menas utifrån ett hälsopromotionsperspektiv att förändringar som sker hos både individer och i samhället skall vara varaktiga. Inom hälsopromotion är det viktigt att utveckla och skapa samhällen där levnadsförhållanden förbättras, där hälsosamma levnadsstilar samt jämlikhet i hälsa stärks, både nu och i framtiden.

Chamberlin (1997) pekar på att en egenskap hos begreppet empowerment är förändring som är självinitierad och varaktig. Kvinnorna i våra studier har tagit eget initiativ till att delta i självhjälpsgrupp för att förändra sina liv till det bättre genom delaktighet och ömsesidigt stöd vilket i linje med Chamberlin's tankar skulle kunna leda till att förändringar också blir varaktiga.

Denna avhandling belyser fenomenet sexuella övergrepp i barndomen och vad det kan innebära för den som blivit utsatt även i vuxen ålder. För att uppnå varaktiga samhällsleveliga förändringar i detta sammanhang krävs att kunskapen om övergrepp måste bli allmän och att man genom hälsopromotivt arbete så långt som möjligt förhindrar sådana övergrepp. Dessutom måste självfallet redan utsatta erbjudas kvalificerad och

adekvat hjälp för att förebygga att effekterna av övergrepp fortsätter att påverka den drabbades och närståendes hälsa.

Helhetssyn på hälsa

Att ha en helhetssyn på främjandet av hälsa innebär att både fysisk, psykisk, social och andlig hälsa skall främjas. Det primära blir då att ha hälsa som utgångspunkt och ställa definitionen av sjukdom i relation till hälsa. Hälsa kan ses som en handlingsresurs. Om en persons mål och handlingar påverkas i negativ riktning till följd av sjukdom/symptom kan man säga att man har en försämrad hälsa (Nordenfelt, 1991; Pörn, 1995).

Resultaten i denna avhandling pekar på att kvinnorna har känt sig begränsade i förhållande till både mål och handlingar av de upplevelser de haft och de symptom de burit. Helhetssynen på hälsa ger på så vis en större möjlighet att förstå den komplexa problematiken kring sexuella övergrepp. Denna förståelse kan sedan lägga grunden för att kunna diagnostisera och behandla adekvat.

Hälsa

I Ottawa Charter (WHO, 1986) definieras hälsa ”*som en resurs i vardagslivet, inte målet med livet. Hälsa är ett positivt koncept som betonar sociala och individuella resurser såväl som fysisk förmåga*”.

Hälsa måste, som ett normativt begrepp, bedömas i förhållande till både tidsepok, kultur och den kontext man befinner sig i (Karlberg et al., 2002). Vi kan också se att definitionerna av hälsa under de sextio år som gått sedan den första WHO-definitionen hela tiden har förändrats. Den definition WHO publicerade 1948 var så vid att det tycktes svårt att någon skulle kunna ses som frisk (Karlberg et al., 2002).

Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaron av sjukdom eller handikapp (WHO, 1948).

Hälsa har beskrivits på olika sätt och från olika perspektiv. Boorse (1977) utgick från en biostatistisk utgångspunkt och menade att hälsa definieras av frånvaro av sjukdom. Hälsa utgår då från en statistisk normalitet som kan påverkas av någon typ av störning i det biologiska systemet och då utgöra ett hot mot överlevnad och reproduktion. Senare har sociologer och filosofer bidragit med alternativa sätt att se på hälsa och menat att det biostatistiska sättet att se på hälsa reducerar människan till en rent biologisk varelse vars enda uppgift handlar om överlevnad och reproduktion (Pörn, 1995). Ur ett sociologiskt perspektiv definierades hälsa i förhållande till individens deltagande i det sociala systemet (Parsons, 1981) och det holistiska sättet att se på hälsa utgår från hälsa och inte från sjukdom/ohälsa (Nordenfelt, 1996). Nordenfelt ifrågasätter den statistiska normaliteten och understryker vikten av balans mellan kropp, psyke och spiritualitet, vilket innebär att en människa kan betraktas som frisk, trots diagnostiserad sjukdom, om

det är möjligt att nå väsentliga mål och känna sig lycklig (Nordenfelt, 1993). Även Pörn (1984) sätter människors centrala mål i fokus och menar att hälsa avgörs av en individs möjlighet att vid ett specifikt tillfälle röra sig mot dessa mål, med de fysiska och psykiska resurser som finns till hands och i den sociala kontext individen befinner sig. Sarvimäki (1990) menar att hälsa hänger samman med vad som menas med ett gott liv. Antonovsky (1991) har en holistisk syn på människan och menar att man måste se individen utifrån det totala livssammanhanget och att beskriva människors hälsa enbart utifrån organsystem och diagnoser ansåg han vara reducerande. Antonovsky (1991) beskrev hälsa och ohälsa som ett kontinuum, där man relativt sett alltid har någon grad av hälsa.

Ohälsa

Ohälsa kan vara en följd av sexuella övergrepp, som det redogörs för nedan. Vanligast beskrivet är psykisk ohälsa, men även kroppsliga åkommor visar sig ha samband med övergrepp när man undersöker den möjligheten.

Generellt associeras termen "må dåligt" (illness) till en "subjektiv" känsla av ohälsa medan sjukdom (disease) är ett mer "objektivt" sjukdomsbegrepp, diagnostiserat av läkare (Twaddle & Nordenfelt, 1994).

Sexuella övergrepp är en av flera viktiga orsaksfaktorer till både fysisk och psykisk ohälsa. Vanliga diagnoser/symptom bland dem som utsatts för övergrepp som barn är post traumatisk stress disorder (PTSD), depression, suicidförsök, ångest, dissociation, koncentrationsstörningar och ätstörningar (Saunders et al., 1992; Socialstyrelsen, 1995; Epstein et al., 1997; Brown, et al. 1999; Herman, 1998; Fergusson & Mullen, 1999; Socialstyrelsen, 1999; Cloitre et al., 2001; Carter et al., 2006). Depression är en av de vanligaste konsekvenserna som nämns i litteraturen i förhållande till sexuella övergrepp (Bifulco et al, 1991; Schaff & McCanne, 1998; Cheasty et al., 1998; Brown et al., 1999). Lewis & Haviland (2000) har undersökt skam hos barn och drar slutsatsen att barn som varit utsatta för övergrepp visar mer skam. Att ha varit utsatt för sexuella övergrepp leder till mer skambenägenhet och skam är en viktig källa till efterföljande patologi. Det har också konstaterats att kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen har kroppsliga symtom i form av värk, återkommande underlivsbesvär, mag/tarmbesvär etc. (Socialstyrelsen 1995; Krantz & Östergren, 2000). I studier av patienter med mag/tarmbesvär och ätstörningar har framhållits vikten av att man frågar patienter om de varit utsatta för sexuella övergrepp (Leserman et al., 1996; Carter et al., 2006). Det innebär att upplevelserna från övergreppen i många fall somatiseras och att dessa kvinnor ofta söker sjukvård vid upprepade tillfällen för samma eller nya symtom som inte läkarna kan finna en medicinsk förklaring till. Sällan eller aldrig sätts ord på de trauman kvinnan bär med sig (Hammarström, 2004) vare sig av henne själv eller av de professionella. Detta leder till att kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp har och har haft svårt att få adekvat hjälp.

Salutogenes

Den israeliske sociologen Aron Antonovsky myntade begreppet salutogenes, som innebär att söka ursprunget till det friska. Begreppet står i motsats, men är också ett komplement till patogenes, som söker sjukdomars ursprung. I enlighet med Antonovsky (1991) är det viktigt att undersöka både det salutogena och det patogena. Begreppet salutogenes, med Antonovskys (1991) definition av hälsa – ohälsa som ett kontinuum, fanns inte med i de grunddokument som beskriver hälsopromotion (health promotion). I Ottawa Charter (WHO, 1986) lämnade man det strikt medicinska sättet att tänka kring hälsa, till förmån för det mera subjektiva begreppet välbefinnande. Fortfarande såg man dock hälsa – ohälsa som en dikotomi. Lindström & Eriksson (2006) pekade på att när hälsopromotion växte fram i denna kontext av respekt för mänskliga rättigheter, vilket innebar att se människor som aktiva, kapabla och med möjlighet att uppnå empowerment, så hann inte teorierna utvecklas i samma takt. De hävdar att en teoretisk grund för hälsopromotion fortfarande behövs och att salutogenes skulle kunna fylla det behovet utifrån tre aspekter som salutogenesen fokuserar på. De tre aspekterna stödjer den process som möjliggör för människor att ta kontroll över sin hälsa enligt definitionen i Ottawa Charter (WHO, 1986). För det första handlar det om att hitta lösningar på problem, för det andra identifieras generella motståndsrresurser (GMR) i syfte att stärka hälsa och för det tredje identifieras KASAM, känsla av sammanhang. Denna genomgripande och globala känsla omfattar såväl individer, grupper som samhällen och fungerar som en genomgripande kraft i den problemlösande processen (Lindström & Eriksson, 2006).

Kvinnorna som ingår i delstudierna i denna avhandling, söker sig, trots de trauman de varit utsatta för och effekterna av dem, vidare för att försöka förbättra hälsa och livskvalitet. Den genomgripande frågan för Antonovsky var, varför vissa människor trots stora påfrestningar och stort lidande, förblir friska. Han fann att en känsla av sammanhang (KASAM) främjar hälsan (Antonovsky, 1991). Han uttryckte sin fråga med denna metafor:

Vilka är de faktorer som förgiftar vissa delar av den flod som vi alla simmar i och renar andra och som gör det möjligt för vissa att med lätthet navigera sig fram och tvingar in andra i forsar och strömvirvlar. Och oberoende av hur floden som vi befinner oss i är, vad är det som för en del befrämjar förmågan att simma bra och med glädje och för andra gör det till en ständig kamp att ens hålla sig flytande? (Sid. 158-159).

Känsla av sammanhang är enligt Lindström & Eriksson (2006) förmågan att uppfatta att man kan hantera situationer i livet oavsett vad som händer. Antonovsky (1991) beskrev det som en global känsla av att lita på att man har tillgång till de tre komponenter han urskiljde som särskilt viktiga i begreppet; begriplighet (comprehensibility), hanterbarhet (manageability), meningsfullhet (meaningfulness) (Antonovsky, 1991).

Begriplighet handlar om att de stimuli, positiva eller negativa, som man möter i livet ska vara förutsägbara eller åtminstone gå att ordna och förklara.

Hanterbarhet är den grad till vilken man upplever att det står resurser till ens förfogande för att möta de krav som hela tiden ställs på en. Sådana resurser kan stå till förfogande under ens egen kontroll eller via andra som man litar på, exempelvis partner, vänner, läkare eller Gud. Med en hög grad av hanterbarhet är risken för att uppleva sig som ett offer mindre.

Meningsfullhet beskrev Antonovsky som KASAM-begreppets motivationskomponent. Den understryker vikten av att vara delaktig i de processer som formar ens liv och att uppleva dem som utmaningar värda att investera i.

Känslan av sammanhang utvecklas genom hela barndomen och upp i den yngre vuxenåldern (25-30 år). För en positiv utveckling av känslan av sammanhang är det viktigt att barnet har tillgång till förutsägbarhet och begriplighet i den miljö det lever i samt möjlighet till tillgång och utveckling av resurser som behövs för att möta de krav livet ställer. Hanterbarheten är copingkomponenten i KASAM. Antonovsky (1991) beskrev att så kallade generella motståndsresurser (GMRs) kan vara att ha god ekonomi, en positiv jagstyrka och socialt stöd, tillsammans med positiva livserfarenheter, är det som lägger grunden för en stark KASAM. Denna copingkomponent skiljer sig enligt Hansson (2004) från andra traditionella copingmodeller, då det i Antonovskys begrepp hanterbarhet, också ingår människans benägenhet att kunna och vilja ta omgivningen till hjälp.

Antonovsky (1991) betraktade hälsa och ohälsa som ett kontinuum på vilket individen alltid befinner sig. Ett starkt KASAM får individen att röra sig mot den friska delen i kontinuumet hälsa – ohälsa. Antonovsky menade att med ett salutogent synsätt är det klinikerens uppgift att försöka bidra till att en rörelse sker mot den friska polen. För att uppnå detta är det inte tillräckligt att bara undersöka det som är negativt eller sjukt. Man behöver ställa salutogena frågor, d.v.s. frågor om det som fungerar, det som är friskt och om styrkor. Med syfte att kunna förutsäga, förklara och bidra till en individs eller gruppns rörelse mot hälsopolen på kontinuumet hälsa – ohälsa konstruerades ett mätinstrument, KASAM-formuläret. KASAM samvarierar starkt med framförallt upplevd mental hälsa och kan ha både modifierande, förmedlande (mediating) och predicerande roll i förhållande till hälsa (Cederbladh, et al., 1994; Eriksson & Lindström, 2008).

Intersektoriellt och multistrategiskt arbete

Intersektoriellt och multistrategiskt arbete är också två centrala grundprinciper. Dessa är inte undersökta i avhandlingen men som kommer att beröras i diskussionen relaterat till resultaten. I intersektoriellt arbete läggs vikten vid att involvera relevanta sektorer (offentliga, privata och frivilliga) och verksamhetsområden i samarbete. Det är viktigt att få kunskaper om hur andra sektors inställning och handlande påverkar hälsa ur olika aspekter för att man skall kunna röra sig mot en utveckling som främjar en rättvis hälsa (WHO, 1998). När man ser på våld utifrån en ekologisk ram (Belsky, 1980; Heise, 1998; WHO, 2002) som tar hänsyn till den kontext som våldet sker i blir det tydligt att arbetet mot detta våld måste ske i och i samarbete med, många sektorer. De effekter

som uppkommer genom att en person varit utsatt för sexuella övergrepp är fenomen som aktualiseras inom många verksamhetsgrenar där man arbetar med människor. Det intersektoriella arbetet bör därför innehålla utbildning och utbyte av erfarenheter för att uppmärksamma detta och också involvera de individer det gäller.

Att arbeta multistrategiskt inom hälsopromotion innebär att använda olika tillvägagångssätt för att stärka hälsa, med målet att varaktiga förändringar ska uppnås. Det kan ske genom arbete på flera nivåer; genom lagstiftning, policyförändringar, organisatoriska och samhällseliga förändringar samt utbildning och kommunikation. För att kunna arbeta hälsofrämjande i ett så komplext område som är i fokus i denna avhandling krävs att olika tillvägagångssätt används. Kunskap måste spridas och kommuniceras på alla nivåer. Det krävs lagstiftning som är adekvat och det behöver kommuniceras samhällsmässigt för att möjliggöra att man som utsatt vågar berätta vad man varit med om. Vidare behövs utbildning inom t.ex. vårdsektorn och den juridiska sektorn.

3.2 Psykologiskt perspektiv

Följande avsnitt beskriver de psykologiska teorier som jag valt för att belysa det fokus som denna avhandling har; hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp under sin uppväxt och nu sökt sig till självhjälpgrupper.

Skam ur ett affektteoretiskt perspektiv

Skam är ett återkommande tema i denna avhandling. I förhållande till sexuella övergrepp nämns skam och skuld ofta i både tal och skrift, utan att man särskiljer begreppen. I personlig kommunikation med forskaren Suzanne Retzinger blev jag uppmärksam på skammen som företeelse och att den skilde sig från skulden. Ur detta växte intresset att se närmare på affekten skam i denna avhandling (delstudie III). Den har sedan visat sig återkomma i flera av delstudierna (II och IV). Skam beskrivs av olika författare, ur olika traditioner, med begreppen affekt (t.ex. Tomkins, 1987; Nathanson, 1987) och emotioner (t.ex. Scheff, 1990; Retzinger, 1991; Lazarus, 1993a) på ett synonymt sätt. Tomkins (1987) definierar skuld som knutet till något man gjort, medan skam handlar om vem man är. Skammen är då knuten till "självet" och blir i sin negativa form en direkt attack på detta. Skam beskrivs i Tomkins (1987) affektteori som en av nio medfödda, psykobiologiska affekter, med både kroppsliga och psykologiska reaktioner. Affekterna aktiveras av en mängd olika, icke inlärda stimuli och är indelade i två positiva, sex negativa och en neutral. De beskrivs oftast med två ord, t.ex. välbehag/extas (pos.), rädsla/skräck (neg.) och den neutrala förvåning/häpnad för att tydliggöra att de ska ses som ett kontinuum. Skammens kontinuum går från en mild känsla av genans till kraftig förödmjukelse. Tomkins (1987) slår fast att om en person upprepat och under lång tid befinner sig på den förödmjukande sidan av kontinuumet, finns risk för att detta leder till kroniska känslor av skam, som i sin tur kan leda till utveckling av dålig självkänsla och negativa psykiska reaktioner, som t.ex. att isolera sig. Skam uppstår interpersonellt och lever ofta vidare genom den egna föreställningen

om "självets" värde, utifrån egna värderingar men också genom att man tror att andra värderar en negativt. Den har beskrivits som den mest relationella och sociala affekten (Tomkins, 1987; Lewis, 1987; Retzinger, 1991; Scheff, 2003). Lewis (1987) menade att skam ger en person en upplevelse av att förlora självaktning i både egna och andras ögon.

Ett barn kan inte ta till sig traumat att inte vara älskad. Då barnet fortfarande är beroende av den vuxnes omvårdnad kan det inte heller genomskåda den vuxnes oförmåga att ge och ta kärlek. Den vuxne idealiseras av barnet och utifrån barnets tolkning måste ovärdigheten ligga hos barnet själv. Detta leder till att barnet känner skam (Kjellkvist, 1993). Att känna skam är en mycket smärtsam känsla (Lewis, 1987; Nathanson, 1987; Retzinger, 1991; Epstein, 1994) och denna smärta leder till att skammen döljs, både utåt i förhållande till andra och inåt i förhållande till sig själv. Nathanson (1992) citerar Talmud (500-talet) där smärtan av skam uttrycks av Sota:

Förödmjukelse är värre än fysisk smärta
(sid. 149 egen översättning)

Skammen kan vara både öppen och dold (Lewis, 1971; Retzinger, 1991). Att skämmas och bli generad hör till den öppna, erkända skammen (Lewis, 1971). Den kan ge upphov till fysiska reaktioner som att rodna, svettas och få hjärklappning. Visuella reaktioner kan vara att personen bryter ögonkontakt eller döljer ansiktet/munnen med handen ((Lewis, 1971; Retzinger, 1991). Ett vanligt sätt att verbalt uttrycka skam är att uttala att man på något sätt vill försvinna ur andras åsyn, t.ex. genom uttrycket "jag önskar jag kunnat sjunka genom jorden". Gottschalk och Glesers (1969) utarbetade "The Content Analysis of Verbal Behaviour" som består av listade kodord relaterade till specifika emotioner som ilska, rädsla, ångest och skam. Lewis (1971) analyserade utskrivna psykoterapisamtal med Gottschalk och Glesers modell och fann att kodorden för skam förekom ofta i alla samtal mellan patient och terapeut. Hon konstaterade att trots detta uppmärksammades inte skammen, vare sig av terapeut eller av patient. Andra emotioner, som aggressivitet, rädsla och ångest uppmärksammades i samtalen. Lewis (1971) menade då att skamtillstånden tycktes vara bortom medvetandet och benämnde den "icke erkänd skam" ("unacknowledged shame"). Hon delade upp den icke erkända skammen i två grupper; öppen icke erkänd skam och förbipasserad (bypassed) skam. För att undkomma den smärta som den förstnämnda typen ger, bekräftar man inte skamupplevelsen, utan döljer den med kodord som att känna sig dum, dålig, osäker eller att situationen är pinsam. Förutom kodord för skammen beskriver Lewis (1971) språkliga markörer som återkom i de sammanhang där det fanns skam. Dessa markörer handlade om att patienterna upplevde att de var negativt värderade, antingen av sig själva eller av andra eller båda delarna. Den förbipasserade (bypassed) skammen börjar också med en negativ utvärdering av självet, men typiskt för den är att markörerna är mer subtila och förtäckta och att den undviks så grundligt att man inte känner smärtan i den. De markörerna kunde exempelvis handla om hur personen återupplever händelser i tankarna där man känt sig kritiserad, blivit orättvist behandlad eller upplevt att man gjort bort sig. Tankarna cirklar då kring vad man borde ha gjort eller sagt istället och vad andra tänker och säger om detta (Lewis, 1971). Skam kan aktiveras genom kritik, avvisande (eller hot om att bli avvisad), nedvärdering, diskriminering, fördömande,

försumlighet och obesvarad kärlek (Lewis 1987; Jacoby, 1994) och framkallar känslor som att känna sig värdelös, besegrad, ovärdig, inadekvat, utsatt, hjälplös/behövande och splittrad (Lewis, 1987; Retzinger, 1991; Lazare, 1987). Olika författare har påvisat samband mellan skam och depression (Lewis, 1987) och PTSD (Stone, 1992) och flera av dem beskriver att den dolda skammen påverkar och är ett hot mot relationer (Nathanson, 1987; Retzinger, 1991; Epstein, 1994; Scheff, 1990). Scheff (1990) betonar att upprätthållande av emotionella band/anknytningar och tillhörighet är betydelsefullt för människor och ser skam och stolthet som signalfunktioner på kvaliteten på de emotionella banden. Skam är ett tecken på otrygga och hotade emotionella band och kan fungera som en negativ spiral. Rädsla hos individen för att relationer/nära band/anknytning är hotade kan utlösa skam. En vanlig reaktion på skam är att dra sig tillbaka, en annan att agera ut ilska, vilka båda kan leda till problem i relationer. Detta kan i sin tur leda till mera skam och risk för en bruten relation. En separation kan innehålla skamkänslor som avvisande, nedvärdering och att inte duga, vilket kan aktivera mer skam.

Psykotraumatologi och post traumatic stress

Kvinnorna i delstudierna i den här avhandlingen har alla upplevelser av sexuella övergrepp under uppväxten och har sökt sig till självhjälpgrupper utifrån de svårigheter som man upplever som en reaktion på detta.

Psykotraumatologin har vuxit fram ur kunskaper knutna till krigserfarenheter. Dessa kunskaper har sedan kunnat ge förståelse för andra situationer som kan framkalla traumatiska reaktioner. Olyckor, naturkatastrofer, hot om våld, misshandel och sexuella övergrepp är exempel på sådana situationer (Herman, 1998; Michel et al., 2002).

Det unika med diagnosen post traumatisk stress disorder (PTSD) är att den är knuten till att individen har upplevt, bevittnat eller konfronterats med en händelse som innebar död eller faktiskt skada, eller hot om detsamma eller hot mot egen eller andras integritet. Det som hänt ska också ha framkallat skräck, intensiv rädsla och/eller hjälplöshet. Typiska följder av traumat, som är karaktäristiska och kriterier för diagnosen PTSD är a) *återkommande, påträngande minnen*, inklusive mardrömmar och flashbacks, som ger känslor av att återuppleva traumat, att "vara där" igen, b) att man försöker *undvika* allt som kan påminna om traumat och c) att man lever med en *förhöjd psykisk känslighet och spänningsnivå* som t.ex. kan innebära lättskrämdhet, koncentrations- och sömnsvärigheter. Problemen skall också vara kvardröjande viss tid efter händelsen (APA, 1994).

De övergrepp kvinnorna beskrev hade ofta skett av en förövare i deras närmaste krets. När sexuella övergrepp sker av en närstående vuxen i den miljö som ett barn ska kunna känna sig trygg i, kan övergreppen ses som kroniska. Det innebär att övergreppen utgör en ständigt pågående process, med ett fortgående hot om upprepning bestående av olika sexualiserade beteenden från den vuxnes sida. Ofta fortsätter också de sexuella övergreppen när de väl har börjat (Putnam & Trickett, 1993; Rathsmann, 2002). Långvariga, upprepade, oftast mellanmänskliga trauman och då speciellt sexuella

övergrepp i barndomen, ger ofta en mer komplex symtombild än PTSD (Herman, 1998; Michel et al., 2002). Herman (1998) benämnde detta komplex PTSD vilket idag allmänt kallas DESNOS (Disorder Of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Många symptom sammanfaller med PTSD, men försvåras av att bland annat dissociation, somatisering, affektiva förändringar, identitetstörningar, upprepande av destruktiva förhållanden och självdestruktivitet på andra sätt ofta ingår i bilden (Michel et al., 2002).

Anknytningsteori

Att vara utsatt för sexuella övergrepp som barn och ungdom ger troligen inte upphov till den trygga uppväxt, med en god känslomässig anknytning till en vuxen vårdgivare, som enligt Bowlbys (1994) anknytningsteori (attachment theory) är nödvändig, för att ett barn ska utvecklas optimalt. Bowlby lade ett etologiskt perspektiv på det tidiga samspelet mellan vårdare och spädbarn. Det nära anknytningsbeteendet ska borga för att avståndet, vare sig fysiskt eller psykiskt, mellan vårdare och barn inte blir större än att barnet utvecklingsmässigt klarar av det. Anknytningsbeteendet aktiveras vid hotande fara, smärta och trötthet men aktiveras också om vårdaren är eller upplevs som frånvarande. Bowlbys (1994) mest grundläggande begrepp var att föräldrar ska utgöra *en trygg bas*. Från denna bas ska barnet/tonåringen ge sig ut för att undersöka världen, för att sedan kunna återvända till den trygga basen för uppmuntran, stöd och tröst.

Anknytningsbeteendet är tydligast och viktigast under tidig barndom men Bowlby (1973) menade att det är ett beteende och ett behov som är kännetecknande för människan under hela livet. Eftersom anknytningen har en evolutionsbiologisk bas så är den "tvingande", liksom andra biologiskt grundade behov (mat, sexualitet etc.). Det finns alltså ingen möjlighet att *inte* knyta an, däremot kan anknytningen vara av olika kvalitet, beroende av det samspel som funnits mellan vårdare och barn. Under andra halvan av det första levnadsåret börjar barnet skapa föreställningar om sig själv i relation till andra människor, s.k. inre arbetsmodeller. De här modellerna ska fungera som en vägledning i hur man hanterar relationer. För att det ska kunna vara ett bra hjälpmedel för barnets samspel med andra, behövs en samstämmighet mellan modellen och de upplevelser barnet har i verkligheten, det vill säga positiva relationer till de viktigaste personerna i barnets liv. Om *den trygga basen*, relationen till föräldrarna präglas av otrygghet påverkas tilliten negativt (Bowlby, 1973; Bowlby, 1994; Broberg, et al. 2003).

Ainsworth (1978) såg i sina studier tre grundläggande mönster; trygg, undvikande och ambivalent anknytning. Begreppet desorienterad anknytning (Main & Solomon, 1986) växte fram då man vartefter upptäckte att många barn inte passade in i något av de tidigare mönstren. Baserat på detta delas anknytning idag upp i fyra olika mönster:

Trygg anknytning präglar barnet som är försäkrat om att det alltid kan återvända till *den trygga hamnen* och utifrån det kan utforska världen.

Till *otrygg men organiserad anknytning* hör följande två mönster som utvecklas i ett samspel med föräldrarna, där samspelet inte är lyhört och förutsägbart nog:

a) *undvikande anknytning* vilket gör att barnet inte visar något behov av att använda föräldern som trygg bas.

b) *ambivalent*, ett förhållningssätt som inte befrämjar tron på egen förmåga därför att det inte är barnets behov och signaler som styr anknytningen utan den vuxnes. Det här kan utlösa antingen en passivitet hos barnet i förhållande till anknytningen eller också en ängslig ”klängighet” där man inte släpper föräldern ur sikte (Broberg et al. 2003).

Desorganiserad anknytning kännetecknas av att samspelet mellan barn och föräldrar i hög grad bygger på rädsla. Anknytningsbeteendet ska slås på när fara hotar. Då föräldern ska vara den beskyddande, men samtidigt är den som är skrämmande, hamnar barnet i en olöslig konfliktsituation. Är denna situation återkommande kan den resultera i desorganiserad anknytning. Rädslan har aktiverat anknytningsbeteendet men eftersom föräldern är hotet, kan inte processen avslutas. Barnet riskerar att utveckla negativa inre arbetsmodeller som stör dess kontakter med andra. Det kan t.ex. få en föreställning om att det är farligt med nära relationer och att inte själv vara värd vare sig skydd eller omsorg (Broberg, et al., 2003).

Perris (1996) problematiserar diagnoserna borderline och schizofreni. Enligt Perris är dessa diagnoser vanliga hos kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp. Utifrån detta är de också relevanta i förhållande till anknytningsteori då man kan anta att övergrepp troligen kan leda till desorganiserad anknytning som i sin tur skulle kunna leda till de diagnoserna.

Bowlby (1994) slår fast att det finns omfattande kliniska belägg för hur mödrars sätt att ta hand om sina spädbarn är påverkade av egna tidiga erfarenheter av anknytning. I ett anförande som Bowlby (1994) höll redan 1983 frågar han sig varför psykiatrin försummat att se våld i familjen som en orsaksfaktor till psykisk ohälsa och menar också att våldet fortplantas från generation till generation.

Copingteori

Redan under första hälften av 1900-talet undersökte forskare som Selye (1936) och Cannon (1949) hur människor reagerar fysiskt på extrem stress. Några decennier senare började Lazarus och hans medarbetare att studera hur människor hanterar stress psykiskt, i mer vardagliga situationer. Numera finns ett stort antal studier publicerade om hur människor hanterar situationer som är relaterade till stress vid olika slags sjukdomstillstånd, funktionsnedsättningar m.m. (Lazarus, 1993a & b). När det gäller hur man psykiskt hanterar olika slags stressorer utgick man till att börja med från psykoanalytisk teori med försvars- och egoprocesser (Valliant, 1971) och personlighetsdrag (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus (1993a) beskriver senare att psykologisk stress är att befinna sig i någon typ av ogynnsam situation för individen, en process som också hela tiden befinner sig i förändring. Dessa situationer bedöms som så ansträngande att de överskrider de resurser

man har eller upplever sig ha tillgång till och då försöker individen på olika sätt att förändra de omständigheter som är besvärande, till det bättre. Det är denna strävan Lazarus kallar coping. De begrepp, psykologisk stress och coping, som beskrivs här kan exemplifieras med de upplevelser av övergrepp som kvinnorna i delstudierna i avhandlingen har och där copingen i tiden för studien bland annat bestod av att söka stöd.

Coping är en process som förändras över tid och i samspel med det sammanhang som individen befinner sig i (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993a). De menar att det finns framför allt två huvudsakliga sätt att handskas med stress:

- Problemfokuserad coping används då individen bedömer att den har möjlighet att praktiskt göra något åt den upplevda stressen så att den minskar
- Emotionsfokuserad coping används när individen bedömer att ingen konkret åtgärd finns att ta till. Det innebär att individen istället förändrar det sätt som man tänker kring eller tolkar det som händer

Under dessa två huvudsakliga förhållningssätt har Folkman och Lazarus (1988) funnit att de flesta copingstrategier kan delas upp i åtta typer: konfrontativ, distanserande, självkontroll, söka socialt stöd, ta på sig ansvar, flykt/undvikande, planerad problemlösning och positiv omtolkning.

I sin utveckling av psykologisk stress och coping har Lazarus (1993a) flyttat fokus från psykiska försvarsmekanismer i förhållande till stressreaktioner, till att hävda att coping utvecklas i en process där *bedömningen* av en stressfull situation och hur den hanteras, är det betydelsefulla i detta sammanhang. Det beskrivs som en universal process som både människor och djur kan befinna sig i för att utvärdera betydelsen av händelser som kan ha inverkan på deras välbefinnande. Lazarus (1993a) ser att det skulle finnas fördelar att föra samman teorier om psykologisk stress med emotionsteorier. Att knyta en emotion (t.ex. ilska, ångest eller skam) till en negativ stressupplevelse (t.ex. att vara hotad, utmanad eller kränkt) ger mer information om en persons stresshantering, än om man bara ser till den negativa upplevelsen. Det relationella i emotioner understryks och därför har ett huvudtema (*core relational theme*) bestämts för varje emotion. Här nämns bara emotionen skams huvudtema, då skam är en emotion som återkommer i denna avhandling. Skammens huvudtema handlar enligt Lazarus (1993a) om att inte kunna leva upp till egna ideal av hur man borde vara (*failing to live up to an ego-ideal*).

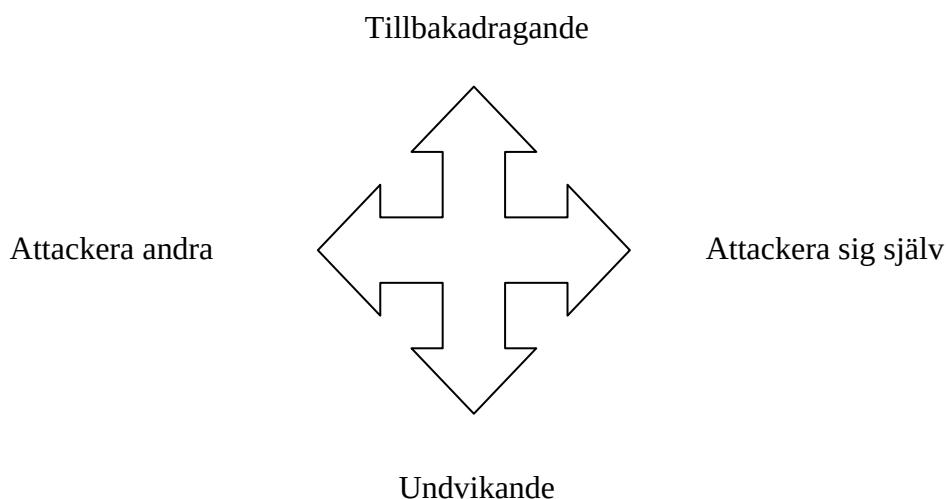
I förhållande till skam beskriver Nathanson (1992) att försvarsmekanismer/ copingstrategier mot den smärtsamma affekten/emotionen kan delas in i fyra huvudmönster:

- Tillbakadragande (*withdrawal*) handlar om att inte vilja bli sedd eller att dölja sig på olika sätt. I en mildare form döljer man ansiktet med handen och använder uttryck som att vilja sjunka genom jorden. I den andra änden av kontinuumet isolerar man sig eller går in i depression och där det totala undandragandet är självmordet.
- Undvikande (*avoidance*) beskrivs som olika sätt att hindra skamkänslan helt och att ha en så stark yta att den aldrig når fram och framför allt inte kan ses av

andra. Nathanson menar att personer som använder den här typen av strategi ofta kan betecknas som narcissistiska.

- Att attackera sig själv (attack self) fungerar som ett sätt att ta kontroll över skammens smärta och drivs av känslor av självförakt. Vanliga exempel här är ätstörningar, att tillfoga sig själv kroppslig skada på olika sätt och/eller att utsätta sig för fara, t.ex. genom sexualitet som kan leda till re-viktimisering.
- Att attackera andra (attack other). Vid den här polen finns de som inte klarar att någon annan ser deras känsla av underlägsenhet och hanterar detta enligt devisen att "någon måste göras lägre än jag". Det kan göras genom att göra sig lustig över någon, förödmjuka någon offentligt eller också genom att fysiskt misshandla andra. Nathanson hävdar att misshandel i nära relationer uppstår i relation till denna försvarsmekanism.

Nathanson (1992) beskriver dessa huvudsakliga strategier i sin modell "Skamkompassen", se figur 2. Modellen har fått beteckningen kompass för att förtydliga att det rör sig om huvudmönster och att hanteringen av skammen också kan ligga emellan de olika "väderstrecken". Olika huvudmönster kan väljas av en individ vid olika tillfällen men tendensen är att man som individ "väljer" ett av dessa mönster.



Figur 2. Skamkompassen med sina fyra poler (Källa: Nathanson, 1992).

Merril et al. (2003) har i en studie om copingstrategier och hur kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen hanterar sexualitet, funnit två huvudsakliga copingstrategier; undvikande och självdestruktiva strategier i förhållande till sexualitet. Många sexuellt utsatta kvinnor använde båda, men vid olika tillfällen. Båda strategierna associerades med svårare övergrepp, inkluderande penetration och våld med far/styvför som förövare. Författarna drar slutsatsen att de som använt självdestruktivitet som unga, fortsatte med det som vuxna och exemplifierar det med att utsätta sig för fara i sexuella relationer. Perrot et al. (1998) presenterar också ett antal olika copingstrategier som används för att hantera upplevelsen av att ha varit utsatt för sexuella övergrepp:

- Att medvetet tränga bort minnen
- Att omformulera övergreppen, t.ex. att minimera dem

- Att bearbeta övergreppen genom att tillstå för sig själv att övergreppen skett och arbeta med de svårigheter de medfört
- Att söka stöd hos professionella, partners eller via självhjälpböcker, vilket inte alltid innebär att prata om övergreppen
- Att tala om övergreppen i vuxen ålder med någon
- Att klara sig själv och inte söka stöd, eftersom det är för svårt att prata om eller för att det skulle ställa till det i livet

Perrot et al. (1998) fann att medvetet bortträngande och att omformulera övergreppen var copingstrategier som var signifikant korrelerade med negativa effekter. Dessa strategier var också relaterade till grad av övergrepp. Personer som använde dem hade oftare utsatts för långvariga övergrepp, som också innefattade penetration och där fäder/styvfäder var förövare. Gruppen som omformulerade hade en bättre psykisk hälsa. Dock rapporterades i den gruppen, med en signifikant skillnad, att även deras barn blivit utsatta.

Faktorer som tycks påverka coping både positivt och negativt har beskrivits av fler författare. De är internal och external locus of control, inlärd hjälplöshet/hopplöshet, acceptans av en specifik situation och socialt stöd (Bandura, 1977; Rotter, 1966; Abrahamson et al., 1978; Wright, 1983; Winnubst, et al., 1988). Feerick & Snow (2005) har funnit att copingstrategier som utvecklas under långvarigt trauma kan utvecklas till personlighets- eller interpersonella problem i framtiden.

3.3 Genusaspekter

De olika delstudierna i denna avhandling problematiserar inte genus, vilket inte innebär att genusteorier inte är ett viktigt perspektiv i den problematik som behandlas här. Socialstyrelsen (1999) slår fast att det vanligaste sexuella övergreppet sker av en man på en individ av kvinnligt kön och i WHO:s rapport om våld och hälsa (2002) ser man kvinnligt kön som en riskfaktor för att bli utsatt för sexuella övergrepp i barndomen.

Hirdman (1990) definierar genus som ett betydelsesystem där manligt och kvinnligt ”skapas” utifrån den kultur och sociala verklighet man finns i, när det kommer till symboler, föreställningar och stereotyper. I den här processen, där kön konstrueras, uppstår ett genussystem med två huvudprinciper:

- Den första är dikotomi som innebär ett isärhållande av könen inom alla områden; det som är kvinnligt kan inte vara manligt
- Den andra principen är hierarki, vilken handlar om mannen som norm, han är det normala och allmängiltiga

Detta försätter kvinnan i positionen att vara det ”andra”, det specifika och underordnade. Det manliga får tolkningsföreträde och ur det perspektivet definieras kvinnors verklighet. Genom att hålla isär könen legitimeras den manliga normen.

Gemzöe (2002) beskriver att våld och sexuellt utnyttjande av kvinnor är de mest öppna och brutala formerna för kvinnoförtryck och menar också att maktperspektivet mellan könen blir tydligt då man ser på hur samhälle och rättsapparat hanterar dessa frågor. Sexualiserat våld är ett övergripande begrepp som inrymmer olika slags våld mot kvinnor. Det kan handla om sexuellt utnyttjande av barn, kvinnomisshandel och våldtäkt, vilka alla kan relateras till den ojämlika maktbalansen mellan könen (Hammarström, 2004). Därtill kan man lägga den maktbalans som finns mellan vuxna och barn, vilket blir en dubbel belastning. Rathsmann (2000) problematiserar frågan om incest är ett individuellt eller strukturellt problem och konstaterar att det är av båda slagen. Hon menar att även om det finns en koppling mellan rådande struktur och individers handlande så finns det också möjlighet att tolka och omtolka de strukturer som finns i samhället. Strukturer kan både underlätta och försvåra vissa handlingar, men strukturer utövar inte incest, utan det utövas av individer i olika maktstrukturer.

En genusaspekt är att också pojkar är utsatta för övergrepp och oftast är en man förövare även i dessa fall. Många förövare har själva varit utsatta för övergrepp i barndomen, men det är viktigt att tillägga att inte alla som varit utsatta blir förövare (Heise, et al., 2002). Fergusson & Mullen (1999) har sett i studier att det vanliga är att prevalensen av sexuella övergrepp är högre för flickor, men när det gäller de grövsta övergreppen med penetration, så närmar sig siffrorna varandra.

4. PROBLEMFORMULERING OCH SYFTE

4.1 Frågeställningar

Prevalensen för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp som barn är hög. Forskning visar att det är en viktig bakomliggande orsak till psykisk och fysisk ohälsa (Bifulco, et al., 1991; Socialstyrelsen, 1995; Leserman, et al., 1996; Schaff & McCanne, 1998; Cheasty et al., 1998; Herman, 1998; Brown, et al. 1999; Fergusson & Mullen, 1999; Socialstyrelsen, 1999; Hilden et al., 2004; Carter et al., 2006), att det finns överrepresentation av dem som varit utsatta för övergrepp både bland vuxna och barn som får öppen och sluten psykiatrisk vård (Herman, 1990; Read, 1997; Socialstyrelsen, 1999; Lundqvist et al., 2004) samt att det finns en grupp kvinnor som söker för olika somatiska åkommor som kan vara medicinskt svåra att förklara (Socialstyrelsen, 1995; Krantz & Östergren, 2000), där orsaken till besvären kan härledas till övergrepp. Sexuella övergrepp, speciellt mot barn, är ett smärtsamt och tabubelagt område både för den som varit utsatt och för berörda professionella som t.ex. läkare, sjuksköterskor och psykoterapeuter. Därför beskrivs det sällan av den som varit utsatt eller ställs frågor av behandlare kring den tänkbara bakomliggande orsaken till de besvär patienten söker för (Drossman et al., 1990; Springs & Friedrich, 1992; Svedin & Back, 2003). Den bakomliggande orsaken kan också, på grund av den psykiska smärtan, vara dold för den som varit utsatt för sexuella övergrepp, vilket komplicerar bilden ytterligare. Härigenom försvåras möjligheten att få kunskap om vilka problem/besvär som kan följa på sexuella övergrepp och därmed också svårigheter att utveckla adekvata behandlingsmetoder. Det är därför viktigt att utgå från kvinnorna själva och lyssna till deras egna beskrivningar, både då det gäller hur övergreppen har påverkat deras liv och vilken hjälp som de menar behövs.

Avhandlingen avser att undersöka kvinnor som skall delta/har deltagit i självhjälsgrupper och som varit utsatta för sexuella övergrepp som barn.

- Hur är deras KASAM i förhållande till exempelvis grupper med allvarlig kronisk sjukdom, psykiatriska diagnoser och andra icke-kliniska grupper? Å ena sidan kan man förvänta sig ett lågt KASAM, påverkat av de traumatiska händelser kvinnorna varit med om. Å andra sidan har de här aktuella kvinnorna på egen hand sökt sig till självhjälsgrupper för att få hjälp, vilket skulle kunna tyda på att de ser en meningsfullhet i att försöka hantera och begripa. En sådan inställning skulle kunna innebära ett starkare KASAM. Finns det några samband mellan KASAM och faktorerna i det frågeformulär som konstruerats för studien som innehåller frågor om socio-demografiska uppgifter, relationer under uppväxten och som vuxna och omständigheter kring de sexuella övergreppen?
- Hur skattar kvinnorna sin psykiska hälsa och i vilken grad förekommer posttraumatisk stress? Det är också intressant att undersöka hur kvinnorna i våra studier uppfattar att de mår jämfört med andra grupper, såsom patientgrupper

inom psykiatri och kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp och som deltar i gruppterapi

- Hur visar sig affekten skam i kvinnors egna berättelser om sin hälsa och hur påverkar den kvinnornas liv? Skammen som affekt påverkar individens "själv" och dess utveckling och är därför intressant att utforska
- Hur beskriver kvinnorna effekten av självhjälpsgruppen de deltagit i? Har de haft nytta av den och i så fall på vilket sätt? Beskriver de hälsofrämjande faktorer, coping och möjlighet till empowerment? Kan självhjälpsgrupper ses som ett hälsofrämjande komplement till professionell hjälp?

Så vitt känt finns ingen tidigare forskning gjord på den aktuella gruppen utifrån ovanstående frågeställningar.

4.2 Syfte

Övergripande syfte

Det övergripande syftet med studien var att öka kunskapen rörande kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och nu sökt sig till självhjälpsgrupper, vad avser deras hälsa, personliga resurser, relationer i dåtid och nutid och omständigheter kring övergreppen, samt hur de upplevt att delta i självhjälpsgrupp.

Delsyften

Att hos kvinnor som har utsatts för sexuella övergrepp som barn undersöka:

- personliga resurser, mätt med KASAM samt att söka samband med variabler såsom ålder, utbildning, relationer, omständigheter kring övergreppen och orsaker till att vilja delta i självhjälpsgrupp. (delstudie I).
- förekomst av psykiska symtom, inklusive post traumatisk stress och möjliga indikationer på diagnosen PTSD. Dessutom att jämföra kvinnornas psykiska hälsa med kliniska psykiatriska patientgrupper samt undersöka samband mellan självskattad psykisk hälsa med variabler såsom relationer, omständigheter kring de sexuella övergreppen och orsaker till önskan att delta i en självhjälpsgrupp (delstudie II).
- om och hur de verbalt uttrycker skam, öppen och dold, i en intervju om sin fysiska och psykiska hälsa, relationer och omständigheter kring det sexuella våldet (delstudie III).
- hur de upplevt att delta i självhjälpsgrupp med avseende på nytta, salutogena faktorer och empowerment och om det sätt grupperna varit organiserade på har varit till nytta (delstudie IV).

5. MATERIAL OCH METOD

De kvinnor som ingår i delstudierna har alla utsatts för sexuella övergrepp under uppväxten och sökt sig till självhjälsgrupper i vuxen ålder. I samband med att verksamheten med självhjälsgrupper startade vid Alla Kvinnors Hus, Karlstad, initierades forskningsprojektet "Traumarelaterad stress och självskattad hälsa för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp som barn", vars data ligger till grund för denna avhandling. Syftet var att öka kunskaperna kring kvinnornas hälsa, relationer och omständigheter kring övergreppen. Projektet startade vid dåvarande Centrum för folkhälsoforskning, numera Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper, Avdelningen för hälsa och miljö, Folkhälsovetenskap vid Karlstad Universitet.

5.1 Självhjälsgrupper

De självhjälsgrupper, för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp under uppväxten, som beskrivs i denna avhandling arrangerades av tre olika frivilligorganisationer för kvinnor och organiserades på liknande sätt. Organisationerna fanns i en storstad och två mellanstora städer. I Storstaden var självhjälsgrupperna väl etablerade sedan många år. I de Mellanstora städerna hade denna typ av verksamhet länge efterfrågats hos respektive organisation, men startades först i slutet på 90-talet. Genom att söka sig till dessa grupper definierade kvinnorna själva att de varit utsatta för övergrepp och för att ingå i en grupp krävdes dessutom att man hade något minne av övergrepp och förövare. En "in-take" intervju gjordes före gruppstart, för att avgöra om tidpunkten för att delta i en grupp var rätt. Exkluderingsorsaker var att ha ett pågående missbruk, att nyligen ha varit psykotisk eller att vara suicidbenägen. Självhjälsgrupperna hade ingen formell ledare, men inledningsvis användes en så kallad "igångsättare". Detta var en kvinna som tidigare själv deltagit i en självhjälsgrupp. Hon deltog i gruppen vid de tre första tillfällena för att lära ut den struktur som användes i grupperna. Strukturen var styrande genom att var och en hade viss tid till sitt förfogande. Ingen fick avbryta någon under denna tid. Man kunde sedan be om kommentarer om man ville. Tre olika "rundor" användes. Först fick alla fem minuter till att tala om hur den gångna veckan varit och hur man hade det just nu. Efter det följde en "runda" med lite längre tid till var och en, för att tala om dagens tema. Exempel på teman kunde vara hur man fungerar i olika relationer, hur ens tillit ser ut och att prata om de sexuella övergreppen. Det fanns färdiga förslag på teman men gruppen kunde också bestämma egna. Dock ingick alltid att tala om övergreppen. Gruppmötet avslutades med en kort "runda" för att samla ihop erfarenheter från mötet, bekräfta varandra i det som hänt denna gång och bestämma ett nytt tema till nästa möte. Grupperna träffades en gång per vecka, tre timmar var gång och med avsikt att de skulle pågå minst ett halvt år, men med möjlighet till förlängning. Om gruppen behövde stöd kunde "igångsättaren" eller annan resurs kallas in.

5.2 Kvalitativ och kvantitativ forskningsansats

Avhandlingen fokuserar på komplexa och svårfångade frågor. För att få en så mångfasetterad bild som möjligt valdes att använda både kvantitativ och kvalitativ ansats. Kvantitativa metoder grundar sig historiskt sett på en naturvetenskaplig och positivistisk tradition, medan de kvalitativa utgår från en humanistisk hermeneutisk tradition (Starrin, 1994). Mycket energi har använts i diskussioner om vilket paradigm som kan anses överlägset det andra (Tashakkori & Teddlie, 1998) och att de kontrasterar varandra (Allwood, 2002). I motsats till detta har en utveckling varit att man kan se dem som förenliga och att paradigmerna i viss mån är överlappande (Tashakkori & Teddlie, 1998; Allwood, 2002). Allwood (2002) menar också att en strängt hållen distinktion mellan de båda paradigmerna kan vara ett hinder för metodologisk utveckling. Ett tredje paradigm – pragmatism – har vuxit fram och företrädare för detta paradigm talar om blandade metoder (mixed methods). Det pragmatiska sättet att se på forskning har använts mycket i social forskning och beteendeforskning, med inslag av både kvantitativa och kvalitativa ansatser utifrån tanken att de är förenliga (Tashakkori & Teddlie, 1998). Kvantitativ ansats i folkhälsovetenskap ställer frågor som ”vad är graden av hälsa och hur kan man mäta den?”. Man söker orsaker, relationer och möjligheten att göra jämförelser genom att få siffror på fenomenen som går att bearbeta på olika sätt. Kvalitativa ansatser ger möjligheten att komma närmare meningen bakom siffrorna och är nödvändiga för att komma så nära förståelsen av människors upplevelser som möjligt (Karlberg, et al., 2002). Detta ökar också möjligheten att få tillgång till tankar och meningar som vi inte tänkt på innan (Fridlund & Hilding, 2000). Ett humanistiskt synsätt krävs, då känslor, upplevelser och uppfattningar skall beskrivas, förstås och tolkas. Vid en sådan analys utgår man från individens eget perspektiv. Det betyder att varje individs utsaga är lika viktig vid resultatbeskrivningen oavsett hur många som rapporterat samma uppfattning. Dessa metoder kompletterar varandra genom att beskriva forskningsområdet från olika håll och genom att erbjuda olika typ av kunskap som också möjliggör triangulering (Malterud, 2001). Denzin & Lincoln (1994) beskrev fyra olika typer av triangulering av vilka metodtriangulering har använts i denna avhandling. Metodtriangulering innebär att använda både kvantitativa och kvalitativa metoder och data i samma studie, eller i studier som hör ihop, med fokus på ett gemensamt ämne.

5.3 Studiedesign

Avhandlingen innehåller fyra delstudier (I-IV) som utfördes mellan 2000 och 2007. Se tabell 1.

Tabell 1. Översikt över avhandlingens studier.

Studie	Ansats	Datainsamling	Deltagare
I	Kvantitativ	Frågeformulär	81
II	Kvantitativ	Frågeformulär, skattningsskalor	87
III	Kvalitativ	Intervjuer	10
IV	Kvalitativ	Intervjuer	17

Romerska siffror I-IV i texten hänvisar till de olika delstudierna.

5.4 Delstudier

Delstudie I

Delstudie I hade en kvantitativ ansats och syftade till att mäta känslan av sammanhang, KASAM (Antonovsky, 1991) hos kvinnor med upplevelser av sexuella övergrepp i barndomen. Dessutom var syftet att analysera sambandet mellan KASAM och frågor i ett frågeformulär om kvinnornas ålder, utbildning, relationer, omständigheter kring sexuella övergrepp och orsaker till att vilja delta i självhjälsgrupp.

Delstudie II

Denna kvantitativa delstudie syftade till att undersöka förekomst av psykiska symtom hos kvinnorna samt i vilken omfattning de hade utvecklat posttraumatiska stressymtom. Att undersöka eventuella samband mellan variabler rörande övergreppen, kvinnornas relationer och orsaker till att vilja delta i en självhjälsgrupp samt deras självskattade psykiska hälsa var ytterligare ett syfte.

Delstudie III

I denna studie med en kvalitativ ansats var syftet att undersöka om och hur kvinnorna, verbalt, med s.k. kodord, uttryckte outtalad, öppen eller dold skam i intervjuer om sin

fysiska och mentala hälsa, sina relationer och förhållanden kring de sexuella övergreppen.

Delstudie IV

Kvalitativ ansats användes för att undersöka hur kvinnorna upplevt att delta i en självhjälsgrupp och om det medfört några förändringar beträffande deras upplevda hälsa, livssituationer och relationer.

5.5 Deltagare

De kvinnor som deltagit i studierna har alla under uppväxten varit utsatta för sexuella övergrepp. Gemensamt för dem är att detta på olika sätt fortfarande påverkar dem i deras vuxna liv och att de därför själva, utifrån sitt gemensamma problem, har sökt sig till självhjälsgrupper. I detta sammanhang utgör inte dessa kvinnor en klinisk patientgrupp. Självhjälsgrupperna har funnits i en storstad och två mellanstora städer. Kvinnorna har konsekutivt, alltefter som de anmält sig till självhjälsgrupp, tillfrågats före gruppstart om de vill ingå i studien.

I delstudie I ingick 81 kvinnor. De första 25 kvinnorna i studien besvarade ett frågeformulär, konstruerat för studien omfattande sociodemografiska data, information om varför man valt att söka sig till en självhjälsgrupp, karakteristika om de sexuella övergreppen, KASAM-formulär och ett hälsoformulär. Därefter möjliggjordes att utöka antalet deltagare genom att införliva självhjälsgrupper från Storstaden. I samband med det lades ytterligare instrument till (IES-22-R, SCL-90-R). SCL-90-R ersatte det tidigare hälsoformuläret som visade sig inte fungera för den här målgruppen och således inte redovisas. Det betyder att endast de 56 tillkomna kvinnorna i delstudie I också ingår i delstudie II. Efter att delstudie I analyserats, tillkom ytterligare 31 kvinnor i delstudie II. Se fig.3.

Frågeformulär +KASAM - 29

25 56
0 I-----I-----I n= 81 (I)

Frågeformulär + IES-22, SCL-90

31
56
0 I-----I-----I n=87 (II)

Fig. 3. Antal deltagare och använda frågeformulär i delstudierna I och II.

I delstudie III intervjuades 10 kvinnor som ingick i de första självhjälsgrupperna i de Mellanstora städerna. I delstudie IV har intervjuer gjorts under pågående grupp (efter ett halvt år) och efter avslutad grupp, med samma tio kvinnor som i delstudie III. Därefter tillkom ytterligare tre konsekutivt utvalda kvinnor från påföljande grupp. Senare gjordes ett teoretiskt och ett strategiskt urval av ytterligare fyra kvinnor, från olika grupper, för att genom intervjuerna uppnå mättnad, det vill säga tills inget nytt framkom. Se avsnittet

datainsamling. Förutom de tre konsekutiva och de fyra strategiskt utvalda kvinnorna i delstudie IV har alla kvinnor som intervjuats också ingått i delstudie I och/eller II. Totalt ingår 119 kvinnor i studierna.

Efter att ha genomgått bedömningssamtal och fått besked om att få ingå i en grupp, informerades kvinnorna om studien av arrangörerna (tre olika frivilligorganisationer) och tillfrågades om de önskade delta i studien. Om de svarade ja ombads de att besvara frågeformulären *innan* de skulle börja i gruppen.

Det är okänt hur många kvinnor som tillfrågades i Storstaden, men svar har inkommit från 15 olika grupper, vilket betyder att uppskattningsvis 120 frågeformulär (beräknat medeltal 8 kvinnor/grupp) har delats ut. I de två mellanstora städerna har cirka 40 frågeformulär delats ut. I Storstaden byttes både personal och styrelse ut under studiens gång, vilket gjorde att det var svårt att upprätthålla processen kring information och uppföljning. Detta påverkade troligen svarsfrekvensen så att den är lägre i Storstaden, där vi estimerar att vi fått svar från hälften. I de två mellanstora städerna är svarsfrekvensen 80 %. Vi har valt att inte påminna om att besvara frågeformulär utifrån kunskaper om den psykiska påfrestning det kan innebära för traumatiserade människor att svara på och fylla i frågeformulär med frågor som rör det trauma de varit utsatta för (Johnson & Benight, 2003). Dessutom finns kunskapen att denna grupp människor ofta har svårigheter att sätta gränser, som t.ex. att säga nej (Socialstyrelsen, 1995).

Tabell 2. Demografiska uppgifter på kvinnorna i delstudierna I-IV.

Variabel	Studie I n = 81	Studie II n = 87	Studie III n = 10	Studie IV n = 17
Ålder*				
median	35	35	41	45
Civilstånd*				
gift/sambo	25	33	1	5
ogift/ej sambo	31	32	5	5
skild/separerad	24	21	4	7
Barn*				
ja	25	28	6	11
nej	55	58	4	6
Utbildningsnivå				
grundskola	16	16	1	3
gymnasium	37	41	5	8
högskola	28	28	4	6

* en person har valt att inte svara på dessa frågor i studie I och II.

6. BESKRIVNING AV DELSTUDIERN

6.1 Datainsamling

Då studierna har både kvantitativa och kvalitativa forskningsansatser har både frågeformulär och semistrukturerade intervjuer använts för datainsamling.

Kvantitativ data

De kvinnor som efter bedömningssamtal skulle ingå i en självhjälsgrupp ombads att besvara fyra frågeformulär. Dessa omfattade sociodemografiska data, information om varför man valt att söka sig till en självhjälsgrupp, relationer, karakteristika om de sexuella övergreppen, personliga resurser och upplevd hälsa.

Följande formulär användes:

1. Ett frågeformulär (bilaga 1) konstruerades specifikt för denna studie för att få uppgifter om sociodemografiska faktorer: ålder, civilstånd, antal barn och utbildning/yrke. Fem frågor belyser relationer som t.ex. "hur upplever du relationen till manliga/kvinnliga vänner, till din ursprungsfamilj och till din partner"? Svarsalternativen för dessa var "bra", "medelbra", "dålig" "har ingen" eller "ingen kontakt". För att ange anledning till önskan om att delta i självhjälsgrupp gavs 10 alternativ och möjlighet till eget alternativ. Exempel på alternativen är "att träffa andra med liknande erfarenhet", "önskar stöd", "känner skam" och "känner skuld" och man kunde välja ett eller flera alternativ. Karakteristika kring övergreppen efterfrågades med fem frågor som "vem/vilka var förövare", "ålder då övergreppen började" och "under hur lång tid pågick övergreppen?". Dessutom ställdes två enkla ja/nej frågor om man ansåg att man hade eller hade haft någon typ av ätstörning eller någon typ av missbruk av alkohol eller droger. (I, II).
2. För att mäta känsla av sammanhang, KASAM, användes Antonovskys KASAM-formulär med 29 frågor. Formuläret har hög reliabilitet/ intern-konsistens; Cronbachs alfa, 0.84 - 0.93 (Antonovsky, 1991). KASAM har visat sig samvariera med och kunna predicera hälsa (Cederblad et al., 1994, Eriksson & Lindström, 2008). (I)
3. För att bedöma förekomsten av posttraumatisk stress användes Impact of Event Scale-Revised (IES-22-R) (Horowitz et al, 1979, Weiss & Marmar, 1995). IES-22-R är en reviderad form av IES (Horowitz et al, 1979). Den består av 22 påståenden om symtom. De tillfrågade ska besvara om symtomen funnits de senaste sju dagarna och i så fall i vilken grad. Dessa avspeglar graden av förekomst av de tre delskalorna; påträngande minnen (intrusion), undvikande (avoidance) och förhöjd aktivitets- och spänningsnivå (hyperarousal).

Instrumentet har bedömts ha god reliabilitet och validitet (Weiss & Marmar, 1995). (II)

4. För att mäta psykisk och psykosomatisk hälsa användes Symptom Check-List 90 Revised (SCL-90-R). Formuläret består av 90 frågor, grupperade i nio symptomgrupper: somatisering, tvångsmässighet, interpersonell känslighet, depression, ångest, fientlighet/vrede, fobisk ångest, paranoidt tänkande och psykoticism. Skalan mäter subjektivt upplevda besvär under den senaste veckan. Frågorna besvaras på en femgradig skala från "inte alls" (0) till "våldigt mycket" (4). Medelvärde för SCL-90-R brukar presenteras som Global Severity Index, GSI. Formuläret är utvecklat och standardiserat i USA och har vid ett flertal undersökningar och normativa studier bedömts ha en god reliabilitet och validitet (Derogatis & Cleary, 1977). En svensk normering, standardisering och validering anpassad till svenska material har gjorts på ett normalmaterial om 1016 vuxna personer och 3 002 ungdomar samt på ett patientmaterial om 1 782 individer (Fridell et al., 2002). Resultaten visar att de i SCL-90-R ingående skalorna differentierar tillfredsställelse mellan normal- och patientgrupper men inte räcker till för att predicera olika psykiatriska diagnoser eller syndrom. SCL-90-R-formuläret lämpar sig sålunda bäst som screeninginstrument, det vill säga för att skilja mellan individer med och utan psykopatologi, samt för gruppjämförelser. Reliabiliteten räknat med Cronbach's Alpha är hög för alla skalorna i båda materialen. (Fridell et al., 2002). (II)

Kvalitativ data

För att samla in data till delstudierna III och IV har tematiska, semistrukturerade intervjuer använts. Tematiska frågeområden har varit fysisk och psykisk hälsa, relationer och omständigheter kring övergreppen. I delstudie III ingår tio av tretton konsekutivt utvalda kvinnor som tillfrågades före gruppstart om deltagande i studien, vilket innebar att bli intervjuad vid två tillfällen. De tio första intervjuerna analyserades innan de tre påföljande gjordes, vilket innebär att dessa tre informanter endast ingår i delstudie IV. Det första intervjutillfället var före gruppstart och det andra efter att olika lång tid gått efter att gruppen startat. En del grupper var avslutade och andra pågående vid det andra tillfället. Detta gav information som täcker olika tidsperspektiv i processen. För att ytterligare uppnå mättnad och inspirerade av grundad teori (grounded theory) (Glaser & Strauss, 1969) gjordes ett teoretiskt urval av ytterligare fyra kvinnor till utifrån de resultat som redan framträtt. De valdes strategiskt för att täcka olika grupper, ålder och olika tid efter gruppslut. Dessa kvinnor intervjuades endast en gång, ett till två år efter att gruppen avslutats. Alla kvinnor som tillfrågades sa ja till att delta. De tillhörde sju olika grupper och var mellan 23 och 70 år (Md = 45).

6.2 Analys

Kvantitativ analys

I delstudie I har följande statistiska metoder använts:

Cronbachs alpha och Spearmans rho korrelationstest användes för reliabilitetsmätningar. Cronbachs alpha är ett reliabilitetstest som utgör ett medelvärde av alla delningskorrelationer och mäter ett instruments interna konsistens.

Syftet med delstudie I var att undersöka skillnader i KASAM-medelvärden mellan olika faktorer, som t.ex. vem förövaren var och hur länge övergreppen pågått (oberoende variabel). Detta testades med t-test och envägs variansanalys (ANOVA). Slutligen testades dessa resultat i en multipel regressionsanalys med totalsumman på KASAM-skalan som beroende variabel. Som oberoende variabler användes i en första analys uppgifter om de sexuella övergreppen t.ex. förövare/n, antal förövare, övergreppens varaktighet (gjordes om till kontinuerlig variabel) och i en andra analys relationer till vänner, arbetskamrater, partners och ursprungsfamilj.

I delstudie II jämfördes medelvärden från SCL-90-R i undersökningsgruppen med två kliniska patientgruppers medelvärden för samma skala (Fridell, 2002; Lundqvist, 2004). PTSD-symtom mättes med IES-22-R. Bivariat analys användes för att kontrollera samband mellan frågor från det egenkonstruerade frågeformuläret och psykisk ohälsa (SCL-90-R) samt PTSD-symtom (IES-22-R). Korrelationsanalys (Spearman's rangkorrelationskoefficient) utfördes mellan dessa skalor/delskalor samt med SCL-90-R. En multipel regressionsanalys utfördes för att beräkna relationerna mellan SCL-90-R och IES-R med faktorer från det egna formuläret. Som oberoende variabler användes faktorer från det egna formuläret, t.ex. omständigheter kring de sexuella övergreppen och anledningar till att vilja vara med i en självhjälsgrupp. IES-total (summan av delskalorna "intrusion" och "avoidance") och GSI (Global Severity Index) användes som beroende variabler.

Mätinstrumenten som använts i delstudie I och II är samtliga skalor med variabler på ordinalskalenivå, där variabelvärdena enbart kan rangordnas. Det är ibland, t.ex. i multivariat analys motiverat att behandla ordinalskalevariabler som mätvariabler, men genom att de saknar ekvidistans måste tolkningen göras med försiktighet.

För att kontrollera medelvärdesskillnader i SCL-90-R mellan undersökningsgruppen och jämförelsegrupper användes t-test (Ferguson, 1959).

För övriga statistiska analyser har SPSS, version 14 använts.

Kvalitativ analys

Kvalitativ forskningsansats används i delstudierna III-IV. De kvalitativa intervjuerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant. I dessa båda delstudier började analysen med genomläsning av intervjuerna i dess helhet, ett flertal gånger, för att få en uppfattning om helheten.

I delstudie III var syftet att undersöka om och hur skam uttrycktes via kodord och uttryck i intervjuerna. Inspirerad av diskussioner med Suzanne Retzinger, S:t Barbara University, USA, som vid starten för studien var adjungerad professor vid dåvarande Centrum för folkhälsoforskning, uppstod intresset för affekten skam. Retzinger rekommenderade oss att använda "The Content Analysis of Verbal Behaviour" (Gottschalk & Gleser, 1969). Detta är en form av innehållsanalys som innehåller både kvantitativa och kvalitativa moment, för att identifiera t.ex. skam, som inte uttalas explicit. Retzinger (1991) har lång erfarenhet av denna analysform och refererade också till tidigare forskning inom området (Lewis, 1971).

Analysen utgår från listor med kodord och uttryck som tolkats tillhöra olika känslor/emotioner som ilska, rädsla, ångest och skam. Dessa uttryck kan också kvantifieras. Retzinger (1991 och personlig kommunikation) beskriver en lista, utgående från Gottschalk & Gleser (1969), med sex grupper som refererar till skam. Dessa är "alienerad", "inadekvat", "sårad", "förvirrad", "besvärad/obekväm" och "löjlig", som var och en har en mängd ord insorterade under sig. Se bilaga 2. Dessa listor på ord är inte menade som fullständiga, utan mer som en utgångspunkt för att identifiera skam (Retzinger, 1991). Förutom dessa kodord hänvisar också Retzinger (1991) och Scheff & Retzinger (2001) till upplevelsen av att andra ser på och värderar en negativt, vad dessa då tänker och återkommande tankar om vad man sagt/gjort eller borde ha gjort istället.

I analysen i delstudie III användes de sex grupperna som indikerar skam med ursprung från Gottschalk & Gleser (1969) och utvecklade av Retzinger (1991) som ett raster över intervjuerna. Vi benämnde dem "indikator-grupper" och identifierade efter detta kodord och uttryck som sorterades in under dessa. Därefter gick vi vidare med att kategorisera kodord med liknande betydelse, in under olika aspekter av skam, under respektive "indikator-grupp". Se tabell 3.

Tabell 3. Exempel på hur analysen utfördes.

Citat	Identifierat kodord	Skamindikator- grupp	Skamaspekt
“Jag är inte rädd för minnet i sig, men jag är rädd för <i>känslan</i> jag känner, <i>därför att den gör så ont i själen</i> ”	Gör så ont i själen	Sårad	Att vara hypersensitiv
“C, det här är inte för dig, <i>du är annorlunda</i> – jag har alltid känt <i>mig annorlunda</i> – jag har önskat i hela mitt liv, <i>att var någon – normal, som jag har uttryckt det</i> ”	Du är annorlunda Önskan att vara någon Normal	Löjlig	Känna sig annorlunda
“Ja jag är släktens <i>paria</i> , totalt, eftersom jag flyttade hemifrån ... jag är ett <i>hysteriskt fruntimmer</i> , det är <i>familjens bild av mig</i> ... och <i>hon är inte längre en av oss</i> ”.	Paria Hysterisk Inte längre en av oss	Alienerad Inadekvat Alienerad	Känna sig som en outsider Känna sig ovärdig Känna sig som en outsider

Till sist gjordes en frekvensbeskrivning av de olika uttrycken för skam och hur de fördelades till de olika indikatorgrupperna.

I delstudie IV användes innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Efter noggrann genomläsning delades materialet in i två huvudområden (content areas) utifrån innehållet; upplevelser av eventuella personliga förändringar som resultat av deltagande i självhjälpsgruppen och upplevelser av arbetssättet i självhjälpsgrupperna. Efter detta identifierades ord och meningar (meaning units) som var centrala i förhållande till huvudområdena. De abstraherades och försågs med koder. Koderna jämfördes utifrån likheter och skillnader och sorterades in under åtta underkategorier, tre kategorier och två huvudkategorier. Dessa utgör det manifesta innehållet. Se tabell 4. Slutligen formulerades det latent innehåll i ett övergripande tema.

Tabell 4. Exempel på hur analysen gjordes (Självhjälpsgrupp = SHG)

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Koder	Underkategorier	Kategorier	Huvudkategorier
"Det viktigaste i en SHG är att ta ansvar, tycker jag"	Ta ansvar	Ansvar	Att ta eget ansvar	SHGs arbetsmetod	SHG – en suverän metod
"Precis det här, att vara så lika och ändå olika. Det är sjukt på något vis, det (övergrepp) sätter samma spår"	Lika fast olika ... Spåren är de samma	Samma effekter	Få kunskaper	Dela erfarenheter	Gruppen som ett verktyg för tillfrisknande
"... och framför allt att få ord på så mycket"	Få ord	Sätta ord på	Erövra orden	Gruppen som träningsläger	Gruppen som ett verktyg för tillfrisknande

6.3 Metodologiska överväganden

Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Forskning ska leda till resultat som är trovärdiga, bygga på att data samlats in korrekt och att analysfasen har varit systematisk och grundlig. Det är viktigt att överväga alternativa ansatser utgående från forskningsfrågan, att förankra resultat i empiriska data och att utvärdera varje studie i relation till de metoder och procedurer som lett fram till resultatet (Malterud, 1998; Graneheim & Lundman, 2004). De tre begrepp, med ursprung i den kvantitativa traditionen, som vanligen används för att avgöra om så är fallet är validitet, reliabilitet och generaliserbarhet (Kvale, 1996). I kvantitativ tradition handlar validitet om att man mäter det man vill mäta, reliabilitet handlar om tillförlitligheten i mätningen, att det skulle ge samma resultat vid ytterligare mätning och generaliserbarhet att den kunskap man uppnått också gäller andra grupper än den man undersökt. I den kvalitativa traditionen har begreppen diskuterats och använts olika. Kvale (1996) avfärdar inte begreppen i sig men anser att de ska användas i former som är relevanta för kvalitativ forskning. Graneheim & Lundman (2004) konstaterar också att begreppen från den kvantitativa traditionen fortfarande används inom kvalitativ forskning, men föreslår att man ska använda begrepp som anknyter till kvalitativ tradition när man diskuterar resultat från kvalitativ forskning. De ansluter sig till Lincoln & Gubas (1985) terminologi och föreslår begreppet tillförlitlighet (trustworthiness) som är uppbyggt av de sammanflätade aspekterna:

- Trovärdighet (credibility) som handlar om hur väl data och analyser hänger ihop med det syfte man haft. Att välja den mest lämpliga metoden för att samla in data och att avgöra hur mycket data som behövs är viktiga aspekter liksom att välja informanter med olika erfarenheter som kan belysa forskningsfrågan ur olika aspekter
- Pålitlighet (dependability) som innebär att vara medveten om hur data kan ha förändrats över tid eller av förändringar i forskarens beslut under en forskningsprocess
- Överförbarhet (transferability) beskriver vilka slutsatser som kan dras från forskningsresultatet till andra grupper

För att stärka tillförlitligheten är det värdefullt att tydligt beskriva datainsamling, deltagare, analys och den kultur och kontext som studien är gjord i. Att ha en pågående diskussion med forskare om de tolkningar som görs, att använda sig av medbedömare av tolkningar och resultat, att ge läsaren möjlighet att tydligt följa forskningsprocessen och att bedöma resultaten utifrån tillämpliga citat är också viktigt. Forskarens förkunskap påverkar naturligt de tolkningar som görs och bör därför redovisas (Malterud, 1998; Graneheim & Lundman, 2004). En text innehåller alltid flera möjligheter när den ska tolkas och tolkningen påverkas av forskarens kvalifikationer, utbildning och upplevelser eller med ett ord, dennes förförståelse (Kvale, 1996; Malterud, 1998; Graneheim & Lundman, 2004).

Min förförståelse grundas i min utbildning som socionom/legitimerad psykoterapeut. Kunskaper har byggts på utifrån de olika arbetsfält jag verkat inom, där olika grupper varit i fokus; barn och ungdom, vuxna par och traumatiserade människor. Den har formats av många års arbete med kvinnor som utsatts för de trauman som misshandel och övergrepp innebär. Vidareutbildningar, bland annat inom traumatologi under den tid som delstudierna i denna avhandling har pågått, har påverkat mitt sätt att ställa frågor både till informanter och till texter. Denna ökade kunskap har kunnat användas i forskningen för att fördjupa och bredda både intervjuer och analyser. Detta har jag medvetet reflekterat över under arbetets gång och tror inte det påverkat forskningen negativt.

I den här avhandlingen har väl beprövade frågeformulär (I, II) använts tillsammans med ett eget frågeformulär med sociodemografiska data, uppgifter om övergreppskaraktäristika, skäl till att vilja delta i en grupp och relationer. De kvalitativa metoderna (III, IV) har noggrant redovisats. Analyser har redovisats tydligt, enligt respektive metod.

De kvalitativa analyserna (III, IV) har fortgående diskuterats mellan författarna för att finna den mest troliga tolkningen. Enligt Kvale (1996) är en hög intersubjektivitet, det vill säga att resultatet inte påverkas av vem bedömaren är, viktig när det gäller kategorisering av uppfattningar i intervjuer. En fenomenografisk metod (Lepp & Ringsberg 2002; Sjöström & Dahlgren 2002) användes för att bedöma den intersubjektiva överensstämmelsen, den grad av överensstämmelse som fanns mellan olika bedömare av tolkningen. Teman, kategorier, underkategorier och de tillhörande citaten förelades två utomstående medbedömare som sorterade in citaten från intervjuerna under kategorier och teman. Det resulterade i en stor samstämmighet

mellan forskare och medbedömare. Citaten i studierna är avsedda att underlätta läsarens värdering av trovärdigheten i resultaten.

Utifrån kvalitativa studier kan man inte tala om generalisering i den mening som görs i den kvantitativa traditionen. Malterud (1998) hävdar att generaliserbarhet är ett begrepp som ofta lovar för mycket och att det i forskning, oavsett ansats, bara i undantagsfall kan dras slutsatser som är allmängiltiga i alla sammanhang. Att istället tala om tillämpningsmöjligheter, ett begrepp som tydligare pekar på att det finns gränser och olika förutsättningar för hur resultat kan användas, är då att rekommendera. För att stärka även generaliserbarhet understryks vikten av att urval och process skett på ett tillförlitligt sätt och att resultaten presenteras så att detta framkommer tydligt (Malterud, 1998; Graneheim & Lundman, 2004). Därefter är det i kvalitativ metod läsaren som avgör generaliserbarheten (Malterud, 1998).

Även om man inte kan överföra den vunna kunskapen i en kvalitativ studie till större grupper, så kan överförbarhet och tillämplighet stärkas om andra forskare kommit fram till liknande resultat. Också triangulering, som innebär att se ett problem ur olika synvinklar, ger en möjlighet att testa och bekräfta kvalitativa forskningsresultat och kan ge kunskaper av olika karaktär. När resultaten från olika ansatser är samstämmiga ökas också tillförlitligheten i studien (Kvale, 1996; Malterud, 1998). Metodtriangulering har möjliggjorts i denna avhandling då både kvantitativ och kvalitativ ansats har använts och skett fortlöpande mellan de olika delstudierna.

Att sprida användbar kunskap är ett mål för forskningen. Den användbarhet som forskningsresultat har kallar Kvale (1996) för den pragmatiska validiteten. Om kunskapen inte blir använd är den pragmatiska validiteten låg. För att forskningsresultat ska tillföra användbar kunskap bör man ställa sig frågan om andra redan besvarat de frågor man ställer och om nya svar kan få praktiska konsekvenser inom de verksamheter som frågeställningen tillhör (Malterud, 1998). Det finns också enligt Malterud (1998) en motsättning i fråga om kommunikering av forskningsresultat och pragmatisk validitet. Här problematiseras de krav som forskarvärlden kräver för att godkänna forskning, som innebär att publicering skall ske på engelska i vetenskapliga tidskrifter. Dessa krav kan motverka spridandet av kunskap i praxis då dessa tidskrifter har en begränsad läsarskara. Jag har valt att skriva denna avhandling på svenska med hopp om att på detta sätt föra ut forskningsresultaten i verksamheter där kvinnor, som är traumatiserade av sexuella övergrepp söker hjälp. Min förhoppning är att den pragmatiska validiteten på detta sätt höjs.

6.4 Etiska överväganden

Etisk granskning har gjorts av de forskningsetiska kommittéerna vid Regionsjukhuset i Örebro och Karolinska Institutet. Då det handlar om ett känsligt material har etiska aspekter noga övervägts. Frivillighet och sekretess har understrukits, liksom möjligheten för de som accepterat att ingå i studien att när som helst dra sig ur.

Data har samlats in i två mellanstora städer och en storstad. Kvinnorna har på samtliga ställen fått information rörande studien och förfrågan om de önskar delta *först efter det*

att de bedömts kunna ingå i en självhjälsgrupp. All data, utom de i studie IV, har samlats in innan de började i gruppen och inga påminnelser har gjorts om svar uteblivit då vi bedömt att det varit alltför känsligt. I Storstaden har endast frågeformulär (uppskattningsvis 120) delats ut och där stod arrangören för självhjälsgrupperna (15 med ett estimerat medeltal på 8 gruppdeltagare/grupp) för informationen om studien och utdelning av enkäten. I den ena Mellanstora staden har jag endast haft forskarens roll tillsammans med Barbro Renck (BR), där vi två stått för information om studien och båda gjort intervjuer (GBR 2, BR 3). I den andra Mellanstora staden har jag varit bedömare för deltagande i självhjälsgrupp av alla kvinnor samt informerat om studien. Deltagarna har tillfrågats av BR om de önskade delta och de har fått frågeformulären av henne. Samtliga forskningsintervjuer i denna stad har gjorts av BR för att hålla isär forskningen och administrationen av grupperna. Det har betonats att det inte finns något samband med att få delta i grupp och att delta i forskningen. I den här Mellanstora staden har jag som psykoterapeut haft viss bakjournfunktion i grupperna. Det betyder att jag vid några tillfällen har deltagit i någon grupp utifrån en speciell fråga eller utifrån grupprocess. Vid några tillfällen har jag hjälpt till att få kontakt med professionell behandlare. Dessa kontakter har ägt rum då grupperna pågått en period och alltid efter att frågeformulär delats ut och skickats in. Att "sitta på två stolar" har inte känts problematiskt och ingen av deltagarna har gett uttryck för att de upplevt det så. Kvinnorna har varit mycket positiva till att delta i forskningen, då de vill att kunskapen om sexuella övergrepp ska spridas. Dessutom är detta en grupp människor som ofta har en skadad tillit, vilket kan ha lett till att det varit positivt att de haft viss personkännedom om vem som ingick i forskningsprojektet. Frågeformulären har varit anonymiserade och kvinnorna har garanterats att materialet i alla moment skall hanteras konfidentiellt.

7. RESULTAT

7.1 Delstudie I

Kvinnorna (n = 81) ombads att i ett frågeformulär ange skäl till att vilja delta i en självhjälpsgrupp. Det vanligaste skälet var att vilja tala med andra kvinnor i samma situation (85,2 %), följt av att få hjälp av varandra (51,9 %). Andra skäl var att känna sig annorlunda (49,4 %), känna skam (32,1 %), känna sig ensam (30,9) och att känna skuld (24,7 %). Drygt hälften av kvinnorna uppgav en far/styvför som förövare och 31 % uppgav annan familjemedlem, vilket innefattar syskon, farfar/morfar, farbröder och morbröder. Femtio procent hade varit utsatta av en förövare och 41 % av två eller flera. Avseende varaktigheten av övergreppen hade 38 % varit utsatta mindre än fem år medan 26,6 % uppgav att de inte kom ihåg hur lång tid det pågått.

Känsla av sammanhang mättes med Antonovskys KASAM-formulär bestående av 29 frågor. Medelvärde på KASAM för hela gruppen var 104,1 (range 58-187). Värdet för de kvinnor som hade varit utsatta för övergrepp i mer än 10 år var $M=96,8$ ($SD = 19,9$). De som inte mindes hur många år de varit utsatta hade ett värde på $M=94,4$ ($SD = 22,1$). I ett första steg av multipel regressionsanalys med karakteristika kring de sexuella övergreppen som oberoende variabler och medelvärdet på KASAM som beroende variabel, var det endast varaktigheten av övergreppen som skiljde ut sig signifikant och svarade för 10,3 % av variansen. I ett andra steg av multipel regressionsanalys, där relationer till vänner, arbetskamrater, partners och ursprungsfamilj användes som oberoende variabler, var förhållandet till arbetskamrater en signifikant prediktor för KASAM och bidrog med 31,7 % av variansen.

7.2 Delstudie II

I delstudie II var syftet att undersöka kvinnornas (n=87) psykiska hälsa. Till detta användes frågeformuläret SCL-90-R, med 90 frågor indelade i nio symptomgrupper, där medelvärdet GSI (Global Severity Index) användes i jämförelser med två andra grupper. Höga värden indikerar psykisk ohälsa. Data visade att kvinnorna i vår studiegrupp hade en signifikant sämre psykisk hälsa ($GSI = 2,11$; $SD = 0,68$), jämfört med en klinisk grupp bestående av 955 kvinnor med olika psykiatriska diagnoser och åldrar, ($GSI 1,21$; $SD = 0,73$) (Fridell et al, 2002). Ytterligare en jämförelse gjordes med en grupp kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i gruppterapi inom psykiatrisk öppenvård (Lundqvist et al., 2004b). Den gruppen var uppdelad efter ålder då övergreppen startade, före 7 års ålder ($GSI 1,86$; $SD = 0,78$) och mellan 7-18 år, ($GSI 1,29$; $SD = 0,56$). Vid en jämförelse mellan sistnämnda grupper och vår studiegrupp visade vår grupp högre värden, men skillnaden var signifikant endast när det gäller den äldre gruppen. Avseende symptomgrupperna skattades depression högst (2,65) men även tvångsbeteenden, interpersonell känslighet, ångest och paranoida idéer skattades högt.

För att mäta symtom på post traumatisk stress och indikation för möjlig diagnos på post traumatisk stress disorder, PTSD, användes frågeformuläret IES-22-R. För jämförelse och korrelationsanalyser användes IES-total (summan av delskalorna intrusion och avoidance). Resultaten för respektive delskala kan tolkas så att värden mellan 0-8 indikerar svaga reaktioner, värden mellan 9-19 medelstarka reaktioner och värden på 20 och däröver starka reaktioner med ett troligt behov av klinisk behandling (Malt, et al., 1993). Se tabell 5

Tabell 5. Fördelning av värden på IES-Rs delskalor intrusion, avoidance och hyperarousal, n = 87.

	Låg 0-8 %	Medel 9-19 %	Hög 20- %	Medelvärde	SD
Intrusion	4.6	32.2	63.2	20.9	7.23
Avoidance	3.4	18.4	78.2	25.3	9.01
Hyperarousal	13.8	33.3	52.9	19.7	8.43

Resultaten i denna delstudie visar att 63 % av kvinnorna hade ett högt värde på delskalan intrusion (påträngande minnen, tankar och mardrömmar t.ex.) och 78 % på delskalan avoidance (undvikandebeteenden gentemot påminnelse om trauma) och 57,5 % hade höga värden på båda delskalorna, vilket indikerar en trolig PTSD-diagnos och behov av behandling.

Korrelationer beräknades mellan GSI, IES-total och övergreppskaraktäristika, variabler rörande relationer samt skäl till att vara med i en självhjälpgrupp. "Ålder då övergreppen startade" och "varaktigheten av övergreppen" korrelerade signifikant med GSI (.254* respektive .229*). Även "relationer till arbetskamrater" (.399**), "kvinnliga vänner" (.359**) och "manliga vänner" (.319**) korrelerade signifikant med GSI. "Kvinnliga vänner" korrelerade också med IES-total (.488**). Att "känna skam", "känna sig annorlunda" och "uppleva sig ensam" korrelerade med både GSI (.306**, .335* respektive .300*) och IES-total (.244*, .485** respektive .307**). Noteras kan att skuld inte korrelerade med någon av dessa skalor.

Det förelåg ingen signifikant skillnad i korrelationer mellan karaktäristika för övergreppen och psykisk ohälsa men det fanns tendenser att värdet för ångest var högre för dem som varit utsatta i tidig ålder och samma tendens, både gällande ångest och depression, fanns också för de kvinnor som varit utsatta av fäder/styvfäder eller av fler än en förövare.

I en stepwise multiple regression studerades sambandet mellan SCL-90-R och IES-22-R och olika faktorer från det egna frågeformuläret. I en första modell undersöktes förhållandet till karaktäristika för övergreppen, vilket inte gav några signifikanta resultat i förhållande till de beroende variablerna IES-total och GSI. I en andra modell användes relationer till vänner, partner, ursprungsfamilj och arbetskamrater som oberoende variabler. För variabeln "relation till kvinnliga vänner" var den förklarade variansen i förhållande till GSI 24 % ($R^2 = 0,24$, $\beta = 0,40$, $p < 0,0001$) och till IES-total med 12 %

($R^2 = 0.12$, $\beta = 5.9$, $p < 0.002$). I en tredje modell användes de skäl man angett för att vilja delta i en självhjälpsgrupp som oberoende variabler. Variabeln ”känna sig annorlunda” förklarade 11 % av variansen i förhållande till IES-total ($R^2 = 0.11$, $\beta = -0.33$, $p < 0.002$). I förhållande till GSI bidrog variablerna ”känna sig annorlunda” tillsammans med ”vilja ha stöd” mest till modellen med 29 % ($R^2 = 0.29$, $\beta = 0.614$, $p < 0.0001$; $\beta = -0.272$, $p < 0.05$). Relationen till kvinnliga vänner, känslan av att vara annorlunda och önskan om att få stöd var de variabler som påverkat den psykiska hälsan mest.

Jämförelse mellan medelvärden från delstudie I och II

En jämförelse mellan medelvärdet på KASAM (I), IES-total och GSI (II) gjordes för att undersöka eventuellt samband mellan känsla av sammanhang och hälsa. Se tabell 6.

Tabell 6. Korrelationer mellan medelvärdet på KASAM, IES-total och GSI.

	IES-total (II)	GSI (II)
KASAM medelvärde (I)	-.478**	-.733**

Tabellen visar att medelvärdena från de båda skattningsskalorna korrelerar signifikant med medelvärdet för KASAM. Låga värden på KASAM, som visar på en låg känsla av sammanhang, korrelerar med de höga värden som påvisas i IES-total och GSI och som indikerar psykisk ohälsa, ett resultat man kunde förvänta sig. Dock är korrelationen starkare till de symtom på psykisk ohälsa (depression, ångest etc.) som GSI redovisar än till de symtom som relaterar till post traumatisk stress (IES-total). Resultatet av denna jämförelse är opublicerat.

7.3 Delstudie III

I denna delstudie med både kvalitativ och kvantitativ ansats, analyserades om och hur kvinnorna, genom s.k. kodord (Gottschalk et al., 1969; Retzinger, 1991) verbalt uttryckte öppen och dold skam. Öppen skam beskrivs av Lewis (1971) som känslan av att skämmas eller känna sig generad. Dold skam beskrivs som en mer ihållande känsla som är svårare att identifiera. Den öppna skammen smärta även om den inte satts ord på och identifierats som skam (Retzinger, 1991) medan smärtan i den dolda skammen döljs, stängs av, även för den som bär skammen. Båda typerna av skam kan identifieras genom tankeprocesser (”hur ser andra på mig”?) och ordval (”känner mig dum”). Kodorden för skam söktes i intervjuer om kvinnornas fysiska och psykiska hälsa, relationer och omständigheter kring det sexuella våld de varit utsatta för. I tabell 7, som är den kvantitativa delen av denna innehållsanalys, framkommer att kvinnorna använde ett antal kodord som indikerade skambenägenhet i intervjuerna. Dessa kodord sorterades i sex indikatorgrupper beskrivna av Retzinger (1991): ”alienerad”, ”inadekvat”, ”sårad”, ”förvirrad”, ”besvärad/obekväm” och ”löjlig”.

Tabell 7. Antal kodord och fraser för skam som identifierades i de individuella intervjuerna och sorterades in under tillämplig indikatorgrupp.

	Intervjuer										
Indikatorgrupp	I:1*	I:2	I:3	I:4	I:5	I:6	I:7	I:8	I:9	I:10	Total
Alienerad	1	4	4	1	4	8	4	6	20	4	56
Inadekvat	1	3	4		8	7	4	6	7	1	41
Sårad		1	3		2	2	2	3	7	1	21
Förvirrad	2	3	1		2	3			3		14
Besvärad/obekväm		1				2		2	1		6
Löjlig		1			1	2				1	5

* I:1, I:2, I:3 etc. = intervju nr. I, nr. 2, nr.3 etc.

De tre mest förekommande indikatorgrupperna var "alienerad", "inadekvat" och "sårad".

Kodorden i indikatorgrupperna sorterades sedan in under olika aspekter av skam. Se tabell 8. Mest frekvent var verbala uttryck för indikatorgruppen "alienerad", uppbyggd av tre aspekter: "känna sig sviken", "känna sig ensam" och "känna sig som en outsider". Att känna sig sviken och övergiven av personer, som kvinnorna borde ha kunnat lita på, beskrevs i aspekten "känna sig sviken". I aspekten "känna sig ensam" handlade det om starka känslor av ensamhet, genomsyrade av att inte känna sig förstådd. Denna känsla förstärkte tystnaden kring övergreppen, vilket ytterligare ökade distansen till andra. Känslor som att inte duga om man inte alltid var duktig och trevlig beskrevs. Det ledde till att man drog sig tillbaka i situationer, där man inte tyckte sig ha levt upp till vad man upplevde förväntades. Detta förstärkte känslan av att vara ensam. I den tredje aspekten "känna sig som en outsider" beskrevs utanförskap, både när det gäller samhället i stort och till familjen.

Tabell 8. Indikatorgrupper med sina aspekter på skam.

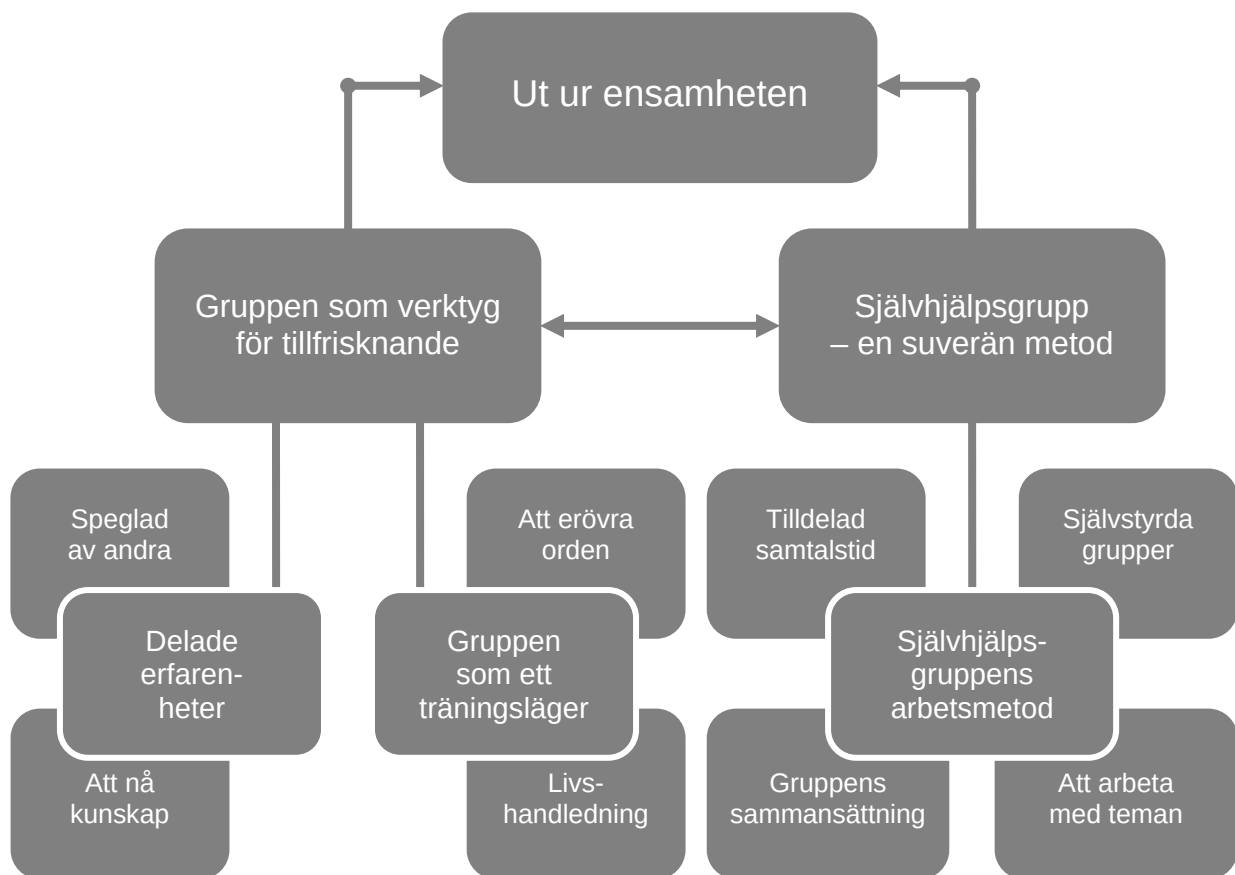
Indikatorgrupp	Skamaspekter
Alienerad	Känna sig sviken Känna sig ensam Känna sig som en outsider
Inadekvat	Känna sig maktlös Känna sig ovärdig Känna sig värdelös
Sårad	Att vara hypersensitiv Att vara stigmatiserad
Förvirrad	Att stänga av
Besvärad/obekväm	Känna sig bortkommen Känna sig rädd
Löjlig	Känna sig annorlunda

Under de övriga indikatorgrupperna beskrevs exempelvis social osäkerhet, ofta med fysiologiska reaktioner, starka rädslor, känslor av att vara annorlunda och att det syntes på utsidan att man varit utsatt för övergrepp.

Sammanfattningsvis visar resultaten att affekten skam påverkade kvinnornas hälsa och syn på sig själva på ett negativt sätt. Rädsla att åter bli svikna fick dem att dra sig undan från relationer. Om de inte levde upp till de krav de formulerat för sig; att vara duktig, trevlig och glad, var de inte värda att träffa någon. Dessa känslor begränsade deras liv genom att rädslan och osäkerheten påverkade relationer till både partner, familj och andra människor.

7.4 Delstudie IV

I den fjärde delstudien var syftet att undersöka hur kvinnor som deltagit i självhjälsgrupper, utan ledare, hade upplevt det, med fokus på eventuella förändringar i den psykiska hälsan, i relationer och i relation till förövaren. Syftet var också att studera det specifika sättet att arbeta som självhjälsgrupperna bygger på.



Figur 4. Översikt över resultatet i delstudie IV.

Kvinnorna beskrev att självhjälsgrupperna fungerat som en väg ut ur starka känslor av ensamhet, övergivenhet och utanförskap. Detta namngav det tema *"Ut ur ensamheten"* som är övergripande och representerar det latenta innehållet. Temat är uppbyggt av två huvudkategorier: *"Gruppen som verktyg för tillfrisknande"* och *"Självhjälsgrupp – en suverän metod"*.

Under den första huvudkategorin handlar kategorierna om att dela liknande erfarenheter och att använda gruppen som ett träningsläger. Genom att träffa andra med liknande erfarenheter, menade kvinnorna att självbilden ändrades i förhållande till andra och minnen av övergreppen blev tydligare och helare. Att förstå att man inte var ensam, vare sig om att ha varit utsatt eller om de symptom och reaktioner man levat med, ledde till

lätnadskänslor och en förbättrad självkänsla. Tryggheten i gruppen, där man blev mött med respekt gjorde det möjligt att träna och pröva nya förhållningssätt. Det gjorde det möjligt att erövra de ord som man haft i huvudet alltsedan övergreppen skedde, men som varit för svåra att uttala. När man lyckades med det upplevdes det som om de påträngande minnen man haft blev mindre intensiva och smärtsamma. Kvinnorna beskrev hur de diskuterade och tränade på relationer, kommunikation, gränssättning och konflikthantering och upplevde det som en slags "livshandledning". Att erövra nya färdigheter inom dessa områden upplevdes som viktiga verktyg, som ledde till förändringar i andra relationer och i livet utanför gruppen. En kvinna uttryckte det så här:

Nu har det ju varit som en 'skyddad verkstad' där jag kunnat öva mig på relationer och som absolut har hjälpt mig ute i livet då, i vardagen.

Som ett ytterligare exempel nämndes i flera intervjuer att man använt sig av konfrontation i förhållande till förövare och att detta i sin tur hade lett till en känsla av att ha tagit tillbaka makten och därmed minskat den rädsla som funnits.

Sammanfattningsvis tycks det som om kvinnorna har förändrat synen på sig själva i en positiv riktning. Symtom som hör hemma under diagnosen PTSD har minskat och man har lärt sig hantera svårigheter på nya, mer adekvata sätt. Gemenskapen kring allvaret att ha varit utsatt för övergrepp har varit viktigt, men kvinnorna understryker också vikten av att man har kunnat använda sig av humor och att man skrattat tillsammans.

Under huvudkategorin "Självhjälpsgrupp - en suverän metod" beskrevs kvinnornas upplevelse av att arbeta i en självhjälpsgrupp utan ledare. Metoden med fasta strukturer som styr de ledarlösa grupperna tillmäts stor betydelse. En kvinna beskrev det så här:

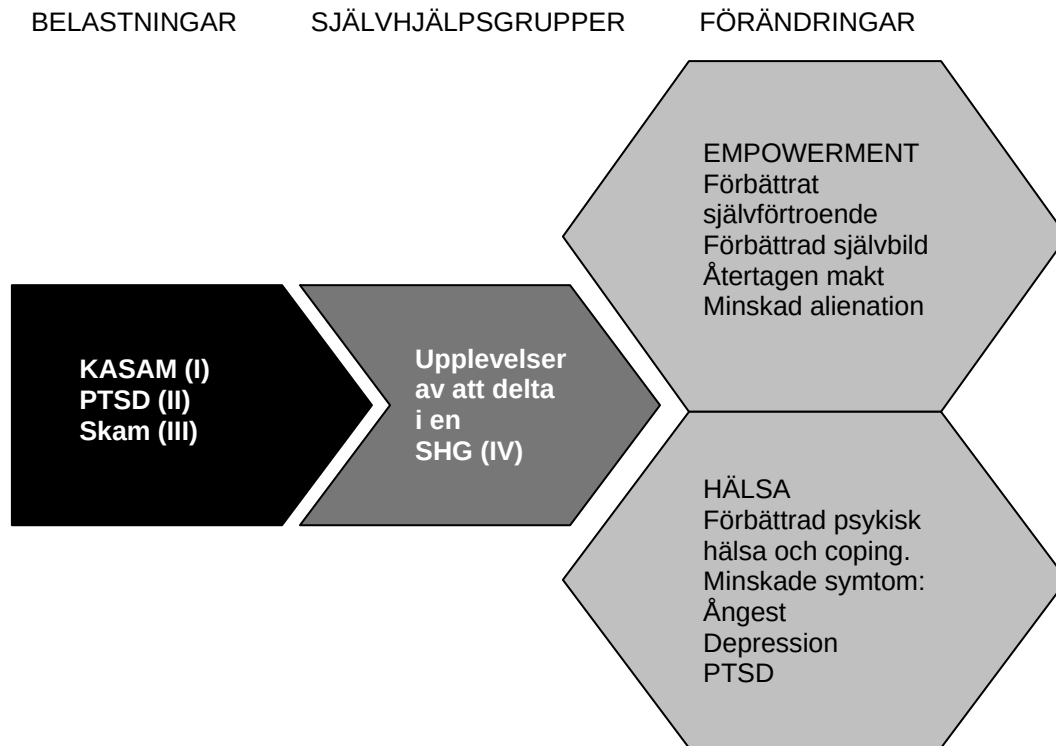
bara man är strukturerad – det är det som är det viktigaste i de här grupperna har jag uppfattat det – det går liksom inte att göra avsteg, utan man får verkligen kämpa för att hålla den där strukturen.

Man satte också ord på att det, framför allt i början, var ett annorlunda och inte helt lätt sätt att förhålla sig på i relation till andra, men att det var värt det.

Kvinnornas beskrivningar är samlade under kategorin "självhjälpsgruppens arbetsmetod" som handlar om att ta ansvar i självstyrda grupper, om vikten av att var och en får lika tidsutrymme och att man arbetar med teman vid gruppmöten. Man hade också tankar om vad som var viktigt för organisatörerna att tänka på när man sätter samman en grupp.

Att det inte fanns någon ledare gav kvinnorna en känsla av både kompetens och ansvar som fick dem att växa och utvecklas. Däremot var "igångsättarens" roll viktig och många underströk också vikten av att ha professionell behandlingskontakt parallellt då arbetet i gruppen satte igång mycket.

Sammanfattningsvis visar resultatet i denna avhandling att kvinnorna, utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och i färd med att delta i självhjälsgrupper och som på olika sätt deltagit i dessa studier hade en dålig psykisk hälsa (II), låg känsla av sammanhang (I) och att de levt med skam (III) som påverkat deras liv negativt. Trots detta har de orkat söka sig vidare, med en önskan om att förändra sitt liv och sin hälsa i positiv riktning. I den kvalitativa intervjun (IV), då en tid i gruppen förflutit eller gruppen varit avslutad, beskrev de intervjuade kvinnorna förändringar som tyder på empowerment och förbättrad hälsa. Se figur 5.



Figur 5. Figuren visar hur kvinnorna gick in i självhjälsgrupperna med psykiska belastningar (I-III). Deltagandet i självhjälsgrupper (IV) ledde till förändringar som innebar empowerment och förbättrad hälsa, vilka stärker varandra.

8. DISKUSSION

8.1 Generell diskussion

Det övergripande syftet med denna avhandling var att öka kunskaperna kring hur kvinnor, som varit utsatta för sexuella övergrepp under sin uppväxt och nu sökt sig till självhjälsgrupper, beskriver sin hälsa, sina relationer samt hur omständigheterna runt övergreppen såg ut.

Resultaten visade att kvinnorna hade extremt låga värden på KASAM-skalan och att värdet var lägst för de kvinnor som varit utsatta under lång tid (I). Affekten skam påverkade kvinnornas liv, hälsa och syn på sig själva på ett negativt sätt. Den fick dem att tro att de måste vara till lags för att duga och att dra sig undan från relationer för att inte riskera att bli svikna igen (III). Kvinnorna visade sig också ha en dålig psykisk hälsa, med höga värden på depression och ångest. Mer än hälften av kvinnorna hade värden som kunde tyda på att de levde med post traumatisk stress. Skam samvarierade med resultaten på den psykiska ohälsan, vilket inte skuld gjorde (II).

Syftet var också att undersöka hur kvinnorna upplevt att delta i självhjälsgrupp i förhållande till nytta och förändring. Det kvinnorna beskrev tyder på att empowerment skett samt att hälsan förbättrats med avseende på symtom som depression, ångest och posttraumatisk stress (IV).

Att tänka hälsopromotivt kring denna problematik är av vikt för dem som utsatts för övergrepp och som behöver adekvat hjälp att bearbeta detta. Genom att öka kunskaperna kring övergrepp kan dessa avslöjas tidigare och på det sättet ökas också möjligheten att förebygga ohälsa både individuellt och på ett samhällsplan. Att utveckla både omhändertagande och förebyggande åtgärder kan leda till en mer varaktig hälsoutveckling. Rootman, et al. (2001) har definierat hälsopromotion med sju grundprinciper av vilka framförallt empowerment, delaktighet, helhetssyn och rättvisa/jämställdhet är tillämpliga i denna avhandling. Även intersektoriellt och multistrategiskt arbete samt varaktighet kommer att diskuteras.

Empowerment, delaktighet och förbättrad hälsa

Socialt stöd är en viktig del i empowermentprocessen och en aktiv copingstrategi som ger möjlighet till minskad stress (Wallerstein & Bernstein, 1988; Gibson, 1991; Lazarus, 1993b).

Känslan av den trygghet, som växte ur att känna tillhörighet i en grupp, där man var respekterad, förstörd och kände stöd, återkom frekvent i intervjuerna i delstudie IV. Kvinnorna beskrev under kategorin ”gruppen som träningsläger” att tilliten i relation till de andra kvinnorna gjorde att gruppen kunde användas som en ”trygg bas”. Där kunde

man hämta kunskaper och stöd innan man gick ut i världen och provade nya färdigheter. Efteråt kunde man gå tillbaka och få reaktioner på det man provat, få diskutera det och få stöd igen. Att erövra de ord som man inte kunnat uttala, men som ständigt funnits i huvudet sedan övergreppen begicks, beskrevs som en viktig utveckling. Vikten av att få sätta ord på vad som hänt, att bli trodd, förstådd, respekterad och tydliggöra att övergreppen, som minimerats under lång tid, har inträffat understryks även av Jonzon et al.(2006). Det är upplevelsen av detta som startar trygghetsprocessen, som i sin tur gör det möjligt att minnas och att bearbeta anser Hooper et al.(1997). De fastslår också att grupper kan fungera som en trygg bas för sina medlemmar, om de erbjuder möjligheten till "good-enough"- känsla av tillhörighet (trygg anknytning). I kategorin "att dela erfarenheter" lades grunderna till förståelse när man delade sina upplevelser och reaktioner. Det ledde till möjligheter att se sig själv på ett annorlunda sätt i förhållande till andra. Kvinnorna förstod att reaktioner de inte förstått hos sig själv inte handlade om "att vara tokig" utan om effekterna av övergrepp. En insikt var också att det inte syns på utsidan vad man varit utsatt för eftersom de andra såg helt normala ut. Då kunde man också våga definiera minnen som övergreppsminnen och man beskrev också att minnen blev tydligare. Liknande erfarenheter rapporterar Jonzon et al.(2006) i en studie av kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som sökt sig till ett stödcentrum som också tillhandahöll självhjälpsgrupper. De viktigaste erfarenheterna var även i den avhandlingen att få träffa andra som varit utsatta. Det var en hjälp för att normalisera både reaktioner man själv haft och upplevt som tokiga och att se att andra utsatta ser normala ut, vilket man understryker kan vara skamlösande.

De förändrade känslor som redovisas i studie IV står i kontrast till de aspekter på skam som framkommit (III), som att känna sig ensam och förvirrad. Även maktlöshet och rädsla är aspekter av skam som tycks förändras genom arbetet i självhjälpsgruppen. Kvinnorna beskrev hur de använt sig av arbetsteman i gruppen som man sedan provat utanför och på det sättet erövrat känslor av att duga bättre. Ett exempel på det är att man lärt sig säga nej och sätta gränser vilket ökat självrespekten. Att man vågat konfrontera både tankar och förövre genom att sätta ord på vad som hänt hade medfört minskad rädsla och maktlöshet. Detta kan också beskrivas med begreppet emotionell energi, ett begrepp som Starrin (2008) hävdar är viktigt för att förstå de processer som befrämjar och hämmar empowerment. Emotionell energi är de känslor som kan uppstå i sammanhang där man känner att man kommer till sin rätt och därför fylls av entusiasm, självförtroende, solidaritet och handlingskraft, känslor som i sin tur leder till stolthet. Skam blir istället resultatet om sammanhanget dränerar på emotionell energi, d.v.s. där man känner missmod, håglöshet och maktlöshet.

Att vara utsatt för sexuella övergrepp medför ett kontinuerlig stimuli för skamaffekten, vilket påverkar barnets självbild och psykologiska utveckling (Finkelhor & Brown, 1985; Lewis 1987) och Scheff (1990) stipulerar att skam signalerar hot mot sociala band (anknytning). Flera författare (Street & Arias, 2001; Leskela et al., 2002; Talbot et al., 2004; Stone, 1992; Wilson et al., 2006) understryker sambandet mellan PTSD och skam, speciellt i förhållande till sexuella övergrepp under uppväxten. Skam och skuld har sällan skiljts åt i diskussioner. Affekten skam är det av de två begreppen som snarast leder till svårigheter att läka efter sexuella övergrepp. Skammen har en mer negativ påverkan på liv och självbild och innebär även en större utsatthet för att riskera psykisk

ohälsa jämfört med skuld (Feiring, et al., 1996; Street & Arias, 2001). Även Antonovsky (1991) diskuterar skam och gör dessutom skillnad på skuld och skam. Han antog att en person med högt värde på KASAM-skalan reagerar bl.a. med skuld på en hotfull stressor, medan samma stressor hos en person med lågt KASAM skulle väcka bl.a. skam och känsla av övergivenhet och förvisning. Det som har framkommit i denna avhandling är att kvinnorna ger uttryck för att bära på affekten skam och har ett extremt lågt KASAM-värde. Skammen korrelerar också, i motsats till skulden, signifikant med den psykiska ohälsan.

Även den arbetsmetod som användes i självhjälpsgrupperna beskrevs som viktig när det gällde både trygghet och växande, vilket har samlats under kategorin "en suverän metod", ett *in vivo*-citat från en av kvinnorna. Att vara noga med att var och en hade sin egen tid var väsentligt för att känna sig respekterad och att våga "ta plats". Grupperna bestämde ett tema till nästa gruppmöte vilket var betydelsefullt då det satte igång en bearbetningsprocess fram till detta. Teman som "att säga nej och sätta gränser", "hantera konflikter", "hantera relationer" och "sexualitet" är jämförbara med teman som bedömdes som viktiga av kvinnor med liknande bakgrund som deltog i gruppterapi inom psykiatrisk öppenvård (Lundqvist, et al., 2006). Det var också centralt att ta ansvar, både för den egna och för gruppens process. Insikten att de andra i gruppen ansåg att det betydde något att man var närvarande var en stark upplevelse. Flera gav uttryck för att de aldrig trott de var viktiga för någon annan. Delaktigheten har understrukits som grundläggande av de intervjuade kvinnorna, som utan ledare delat på ansvaret i självhjälpsgrupperna. Som psykoterapeut vet jag att ord inte är oskyldiga, utan måste väljas på ett etiskt, respektfullt och utvecklingsbefrämjande sätt. Det tycks också vara viktigt för Rappaport (1985) som, i ett tal till människor engagerade inom självhjälpsrörelsen, önskar att man ska utveckla ett "Empowerment Language". Målet med det var att språket skulle kommunicera mer om människors förmåga att hjälpa sig själv och andra. Detta satte Rappaport (1985) i motsats till det språk som han menade att hjälpare ofta använder och som snarare dränerar på kraft än utvecklar den. Också Starrin (2008) ser att språket i ett sådant sammanhang är viktigt. Ett sådant språk bör vara sammanbindande; uppmuntrande, medkännande, bekräftande och respektfullt, vilket skapar ömsesidig trygghet och förstärker enskildas självkänsla. Kvinnorna i denna avhandling har beskrivit att den här typen av språk genomsyrat grupperna och varit grundläggande för arbetet. Dessa faktorer är, enligt Starrin (2008), viktiga ingredienser för självkänsla. Gibson (1991) menar att empowerment är lättast att definiera genom frånvaro av t.ex. alienation, maktlöshet, hopplöshet och utsatthet. Det här är känslor som kvinnorna i delstudie IV rapporterar som förminskade och lättare att hantera. Det kan betyda att man i dessa självhjälpsgrupper, med hjälp och stöd både till sig själv och andra, uppnår empowerment. Det ligger också i linje med den arbetsdefinition av empowerment som Chamberlin (1997) presenterar där t.ex. upplevelser av "inte känna sig ensam", "känna sig som del i en grupp", "lära sig omdefiniera vem man är" och "få nya färdigheter som definieras som viktiga" är tecken på att empowerment uppstått. Att våga se på och erkänna för sig själv vad man varit med om och effekterna av det, att skapa mening i livet och kunna hantera svårigheter på nya sätt, tycks vara resultat av att man reflekterat tillsammans med andra och på det sättet bearbetat sina trauman. Detta stämmer väl med hur Malterud & Solvang (2005) menar att begreppet tillfrisknande kan definieras.

I delstudie IV beskrevs försvagade symtom på posttraumatisk stress av kvinnorna. Påträngande tankar och flash-backs har både minskat och blivit mindre smärtsamma. Likaså har undvikandebeteenden fått mindre utrymme, som en effekt bland annat av att man vågat konfrontera egna ord och tankar, men också förövare. Tidigare har minskade traumasymtom rapporterats från författare som studerat både stöd- och terapigrupper för olika målgrupper (Corcoran, et al., 2007; Sikkema, et al., 2007; Knight, C. 2006; Wallis, 2002; Wright et al., 2003). Wallis (2002) menar att själva ansträngningen att hålla påträngande minnen och återupplevande-känslor borta tycks hålla dem vid liv. Då man istället tillåter dem, diskuterar och arbetar igenom dem minskar de istället. Kvinnorna beskrev också att andra psykiska besvär minskat; depression och ångest var inte lika vanligt förekommande och beskrevs som lättare att handskas med.

En hög delaktighet, med eget ansvar för egen och andras process i en grupp tycks ha motverkat känslan av att inte duga. Det faktum att det inte fanns någon ledare i gruppen ledde till stolthet över egen förmåga och kapacitet och Starrin (2008) menar att horisontella relationer, där alla har lika värde, är ett karaktäristiskt drag för empowerment. Stolthet beskrevs också över nya copingstrategier, över att ta makt tillbaka, över minskad rädsla och bättre självkänsla. Det tycks som om kvinnorna i enlighet med Lazarus (1993a) har ändrat sin bedömning av tidigare stressfyllda situationer och som då kan hanteras bättre. Trygga relationer i grupperna var viktigt, men även relationer utanför beskrevs som förändrade till det bättre, då man vågat sätta gränser och ställa krav.

Det tycks som om arbetet i grupperna kan ha ökat känslan av stolthet som enligt Scheff (1990) signalerar intakta sociala band (anknytning) och då möjligen också minskat affekten skam med dess hot mot relationer.

Helhetssyn på hälsa och salutogenes

För att förstå den komplexa problematiken kring sexuella övergrepp och för att kunna diagnostisera och behandla på ett adekvat sätt är det nödvändigt att se hälsa och ohälsa ur ett helhetsperspektiv.

Malterud & Solvang (2005) ser det som en utmaning för den biomedicinska vården att erkänna patientens upplevelser, deras uppfattningar om verkligheten och att se att oförklarliga symtom som muskulär smärta till exempel, kan handla om en kropp som berättar vad den varit med om. En del av det, är att kännas vid de styrkor patienter har som individer och mobilisera dessa för att stärka människors möjligheter att uppnå en förbättrad hälsa. Det kan innebära minskad fysisk smärta och minskad ångest men också att våga tro på sig själv och skapa mening med livet. När det handlar om tabubelagda och smärtsamma upplevelser som sexuella övergrepp, är det första steget från behandlande personal att "våga fråga", vilket underlättas av mer kunskap. Då finns möjligheten att upptäcka om övergrepp finns som en bakgrundsfaktor i förhållande till det kvinnorna söker hjälp för, men också att trots svår symtombelastning identifiera de styrkor som delstudierna i avhandlingen visar kan finnas hos dessa kvinnor.

Med den övergreppsbakgrund kvinnorna i dessa studier har, kunde man förvänta ett lågt värde på KASAM-skalan och det visade sig också vara extremt lågt ($m = 104,1$) (I). Detta är jämförbart med en studie av 23 kvinnor med liknande övergreppsbakgrund, i färd med att börja en gruppterapi inom psykiatrisk öppenvård ($m = 106$) (Lundkvist, et al., 2006). Dessa värden är lägre än vad som visats i andra undersökningar och som tidigare betraktats som låga, till exempel en grupp tjeckiska cancerpatienter, $m=117$, 0, universitetsstuderande i USA, varav 68 % var kvinnor, $m = 129,5$ och unga vuxna israeler med cerebal pares (CP-skador), $m= 131,1$ (Antonovsky, 1993). Tanskanen et al. (2004) visar i en studie att multipla trauman, där sexuella övergrepp ingick som en typ av trauma, ökar sannolikheten för långvariga depressiva tillstånd. I delstudie II visade sig kvinnorna ha en dålig psykisk hälsa jämfört med psykiatriska jämförelsegrupper med depression och ångest som främsta symtom. Det förelåg också signifikanta korrelationer mellan både den tidpunkt då övergreppen startade och varaktigheten av dem i förhållandet till psykisk hälsa. Mer än hälften av kvinnorna hade också så hög belastning av posttraumatiska stresssymtom att det kan indikera en PTSD-diagnos.

Det har tidigare konstaterats att KASAM samvarierar starkt med upplevd psykisk hälsa (Cederblad, et al., 1994; Eriksson & Lindström, 2008). Så var det också när medelvärdet på KASAM i delstudie I och de höga medelvärdena på psykisk ohälsa som påvisats i delstudie II jämfördes. Den självskattade psykiska hälsan korrelerade signifikant med KASAM. Det tycks som om den här gruppen kvinnor som nu sökt sig till självhjälpgrupper har en sämre psykisk hälsa än en psykiatrisk jämförelsegrupp med liknande övergreppshistoria. Orsaken till detta vet vi inte men möjligen är det på det sättet att den här gruppen faktiskt mår sämre. En orsak skulle kunna vara att en hög andel fäder/styvfäder i vår studie har angetts som förövare (52,5 %). Även i den grupp inom psykiatrin som deltagit i gruppterapi var en hög andel av förövarna biologiska fäder (45 %) enligt Lundqvist, (2005). Många av kvinnorna i vår studie uppger att de har varit utsatta under lång tid och av flera förövare vilket kan tyda på att den komplexa typen av PTSD (Herman, 1998; Michel et al., 2002) föreligger, med dissociation som ett symtom. Dissociation är ett relevant begrepp vid trauma och speciellt vid upprepade sexuella övergrepp. Det är ett effektivt sätt att skärma av minnen som är smärtsamma och störande och som bland annat kan leda till minnesluckor, förlust av tid och tidsperspektiv (Nilsson & Svedin, 2002). Detta skulle kunna förklara den relativt höga procent av kvinnorna som inte minns under hur lång tid övergreppen pågått likväl som det faktum att övergreppen för många börjat tidigt. Det är rimligt att tro att dessa kvinnor med hög symtombelastning sökt hjälp tidigare inom vården. Tidigare forskning menar att prevalensen av kvinnor med erfarenhet av sexuella övergrepp i barndomen är hög inom psykiatrisk vård, att den här gruppen ofta feldiagnosteras och utifrån detta inte får adekvat behandling (Read, 1997; Herman, 1990). Att söka sig till självhjälpgrupper administrerade av kvinnoorganisationer kan också tyda på tillitsbrist till professionella vårdgivare vilket skulle kunna vara en följd av att man inte känt sig hjälpt.

I delstudie III visades att kvinnorna gav uttryck för att bära på affekten skam som påverkade deras hälsa och liv negativt. För att ha möjlighet att hantera och bemästra svårigheter i livet menar Antonovsky (1991) att det är viktigt att ha tillgång till de tre komponenterna begriplighet (comprehensibility), hanterbarhet (manageability) och

meningsfullhet (meaningfulness) som KASAM-begreppet är uppbyggt av. Att bära på skam innebär att uppleva att man inte duger, vare sig i egna eller i andras ögon (Tomkins, 1987; Lewis, 1987; Retzinger, 1991). I den här avhandlingen är många av de aspekter på skam som framkommer i delstudie III tydliga exempel på att KASAMs tre komponenter inte är uppfyllda. Den centrala komponenten, att finna meningsfullhet i livet och dess utmaningar, när man känner sig ovärdig och avvikande tycks vara svårt. Aspekter på skam som att känna sig bedragen, ensam och förvirrad ger ingen begriplighet och att känna sig maktlös, att vara hypersensitiv och rädd t.ex. gör det svårare att uppleva att man kan hantera påfrestningar i livet. Det är också så det låga KASAM-värdet (I) kan tolkas.

I delstudie II hade 57,5 % av kvinnorna värden som indikerade en möjlig PTSD-diagnos. Detta stärks av att flera av aspekterna under skamindikatorerna i delstudie III som till exempel att stänga av, vara hypersensitiv och leva i rädsla, är kriterier som ingår i denna diagnos. Talbot, et al. (2004) konstaterar ett samband mellan sexuella övergrepp, skam och dissociation och menar att skam är en viktig variabel att ta hänsyn till när man studerar sambandet mellan trauma och dissociation. Man fastslår också att skam hos kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp är associerade till depression och PTSD (Talbot, et al., 2004).

Att se på hälsan ur flera perspektiv ger en större möjlighet att se helheten. De tre områden som undersökts, känsla av sammanhang, psykisk hälsa och skam har olika utgångspunkter men tycks ha gemensamma beröringspunkter.

Rättvisa och jämställdhet

Vikten av utbildning, som en förutsättning för att uppnå rättvisa och jämställdhet i arbetet med att stärka hälsa, återkommer i WHO:s deklaration, "Health 21-Hälsa för alla" (1999). Det är en grund för att rättvist kunna möta bl.a. utsatta grupper i vården. Kunskapen kring övergrepp bör också ha ett jämställdhetsperspektiv, utifrån ojämlikhet mellan könen. De genusaspekter som föreligger när det gäller sexualiserat våld mot flickor/kvinnor, kan relateras till en ojämн maktbalans mellan könen (Hammarström, 2004). Östlin, et al. (2006) menar att genusperspektivet ofta saknas i hälsopromotionsinterventioner och att man bör göra stora satsningar i det området då det genusbaserade våldet ger stora skadeverkningar på både individuell nivå och samhällsnivå.

Intersektoriellt och multistrategiskt arbete och följder av sexuella övergrepp under uppväxten

Samhället i stort har präglats av motstånd mot att vilja inse att sexuella övergrepp förekommer och att det har implikationer på hälsan (Socialstyrelsen, 1991, 1995 & 1999), vilket också avspeglats inom de sektorer där kvinnor med effekter av sexuella övergrepp söker hjälp, som exempelvis i socialvård, sjukvård och psykiatri. För att komma förbi detta motstånd måste man använda strategier för att sprida kunskap som

skall kommuniceras på alla nivåer; det krävs lagstiftning som är adekvat, utbildning och kommunikation som leder till attitydförändringar i samhället.

Sexuella övergrepp på barn har länge varit ett dolt fenomen, men med tanke på den höga prevalensen, finns problematiken med effekter av sexuella övergrepp, inom alla verksamheter där man arbetar med människor.

Trots att det är hög risk för somatiska problem då man varit utsatt för övergrepp (Krantz & Östergren, 2000; Leserman et al., 1996) framkommer detta sällan i kontakt med sjukvården (Springs & Friedrich, 1992). Malterud & Solvang (2005) slår fast att i den bio-medicinska traditionen uppskattar man objektiva fynd som leder till tydliga diagnoser. Subjektiva symptom har mindre genomslagskraft och patienter med oförklarliga symptom upplever att de inte blir tagna på allvar av läkare.

Redan 1983 frågade sig Bowlby (1994) varför psykiatri försummat att se våld i familjen som en orsaksfaktor till psykisk ohälsa och Lundqvist et al. (2004) konstaterar att prevalensen inom den psykiatriska vården är hög, 45 %, men patienterna är ofta diagnostiserade med diagnoser, som psykos, depression och personlighetsstörning som inte knyts till trauma. Herman (1990) menar att den här gruppen patienter ofta har en felaktig diagnos och till följd av det får behandling som inte är adekvat. Konsekvensen av dessa slutsatser kan vara att kvinnor med olika symptom, efter att ha varit utsatta för övergrepp som barn, inte känner sig sedda och förstådda i den professionella vården. En möjlighet kan då vara att söka sig till stödorganisationer som erbjuder självhjälpsgrupper, som ett alternativ till framför allt psykiatri (Jonzon, et al., 2006) men också som ett komplement (Adamsen & Midtgaard Rasmussen, 2001; Katz & Bender, 1976).

Då man möter dessa problem på många olika arenor, är det värdefullt att arbeta intersektoriellt; genom utbildning, utbyte av erfarenheter och uppbyggnad av behandlingsinsatser. Inom hälsopromotion understryks vikten av delaktighet från dem det gäller. Att ta del av de erfarenheter kvinnorna har, som deltagit i självhjälpsgrupper, när det gäller förbättrad hälsa, kan vara en väg att öka kunskaperna kring effekter av sexuella övergrepp och vad som är viktigt i läkningsprocessen. Inom hälsopromotion finns på detta sätt möjligheten att samla kunskap på ett individuellt plan för att sedan applicera den kunskapen på en samhällelig nivå.

Varaktig förändring mot en bättre hälsa

Kvinnorna som deltagit i självhjälpsgrupper där de haft stort eget ansvar, beskrev att det skett positiva förändringar i deras liv. I de intervjuer som gjordes, upp till två år efter avslutad grupp, beskrivs förändringar som kvarstående (IV). Empowerment tycks vara ett resultat som uppnåtts i grupperna. Chamberlin (1997) menar i sin arbetsdefinition att förändring som är självinitierad och blir varaktig är en del av empowerment. För att uppnå varaktig förändring på samhällsnivå, när det gäller sexuella övergrepp på barn, måste det hälsopromotiva arbetet ske på olika nivåer och med en stor bredd. Som grund för allt detta arbete ligger kunskap, som för att vara varaktig hela tiden måste hållas

aktuell. Kunskaperna kan sedan användas i förebyggande arbete för att hindra övergrepp. Det kan bland annat innebära att lära barn att de har rätt att värna sin kropp, att öka möjligheterna för tidig upptäckt av övergrepp och att tillhandahålla adekvat hjälp för redan traumatiserade. Att arbeta på individuell nivå med behandlingsarbete kan då också innebära att förebygga de problem i föräldraskap som kan medföra att våldet förs vidare genom generationerna (Broberg, et al., 2003) och minska risken för att människor som själva varit utsatta för övergrepp blir förövare. Enligt Heise, et al.(2002) har många förövare själva varit utsatta för övergrepp.

Sammanfattningsvis tycks de tre huvudområden, känsla av sammanhang, psykisk hälsa och skam, som undersökts i denna avhandling, ha många gemensamma beröringspunkter. Dels kan de inordnas under folkhälsobegreppet, som är ett paraplybegrepp i avhandlingen, dels tycks de sammanflätade på flera sätt. Antonovsky (1991), menade att ett gott KASAM växer ur en trygg uppväxtmiljö. Detta är i linje med hur Bowlby (1994) menar att en förutsättning för en god psykisk utveckling hos barnet är att ha en god anknytning till nära vårdare, som då också fungerar som en trygg bas. När ett barn utsätts för sexuella övergrepp är den goda anknytningen i fara, i förhållande till förövaren, men också i förhållande till den person som man upplever inte skyddar en. Om förövaren är en far och modern är den som inte upplevs som skyddande, kan barnet förlora en trygg anknytning till båda föräldrarna. Våldet kan också fortplantas från generation till generation, genom att föräldrars sätt att ta hand om sina spädbarn påverkas av egna, tidiga erfarenheter av anknytning, när de själva utvecklar sitt föräldraskap (Bowlby, 1994; Broberg, et al.(2003).

8.2 Metoddiskussion

Kvinnorna i delstudierna i denna avhandling har själva definierat att de varit utsatta för sexuella övergrepp genom att de sökt sig till självhjälpsgrupper som vänt sig till denna grupp. Det gör att det kan vara stora olikheter på de övergrepp som skett. Traumat i sig, ålder vid övergrepp och tid som förflutit kan också ha påverkat minnet av det som hänt. Det som är gemensamt är ändå att dessa kvinnor upplever att de har problem av sina erfarenheter och söker hjälp utifrån det perspektivet. I tillägg till de frågor som ställts om de sexuella övergreppen hade det dock varit av värde att undersöka vilken typ av sexuella övergrepp (icke-kontakt, kontakt men inte penetrering, penetrering) som förevarit och om det förekommit andra typer av misshandel, fysiskt eller psykiskt, för att kunna se hur det påverkat hälsan. Jonzon & Lindblad (2004) redovisar i en studie med ett liknande urval som i denna avhandling, att en majoritet av de kvinnorna (n=102) hade varit utsatta för svåra övergrepp (penetration av en fadersfigur) och att fysisk misshandel var vanlig. Deras resultat visade att fysisk misshandel predicerade GSI (Global Severity Index, SCL-90) signifikant i motsats till övergrepps-karakteristika. Inte heller i studie II i denna avhandling predicerade dessa karakteristika GSI.

Utifrån resultaten i delstudierna I-III kan man troligen utgå ifrån att många av dessa kvinnor har sökt hjälp tidigare, framförallt på vårdcentraler och inom psykiatrin. Det hade varit värdefullt att ha haft kunskap om deras sökhistorik, hur de upplevt att de

blivit hjälpta samt om de fått frågor kring våld och övergrepp. Detta är av fortsatt intresse och får ingå i kommande forskning.

Som redovisats tidigare har vi valt att inte påminna om uteblivna svar och respektera att man valt att inte svara. Enligt en studie av Johnson & Benight (2003) var det mer påfrestande än man förutsett för traumatiserade människor att fylla i formulär som handlade om traumat. Det skulle kunna tyda på, att en anledning till att inte fylla i formulär, kan vara att man har haft betydande besvär och alltså inte en bättre hälsa än de kvinnorna som svarat.

Eftersom det fenomen som studerats i denna avhandling är komplext har både kvantitativ och kvalitativ metod använts för att komplettera varandra. Metoderna beskriver forskningsområdet från olika håll och erbjuder olika typ av kunskap. Förutom de väl beprövade frågeformulär som använts i delstudierna I och II har också använts ett frågeformulär konstruerat för dessa studier. Det tar upp demografiska data, karaktäristika när det gäller övergreppen, frågor kring relationer och olika anledningar att söka sig till självhjälsgrupper samt några enstaka frågor angående symtom (förekomst av åtstörningar och missbruk). När det gäller skäl till varför man vill delta i självhjälsgrupp fanns möjligheten att kryssa i olika alternativ (ville träffa andra utsatta, kände mig ensam, kände skam, kände skuld m.fl.). Det kan ses som grova mått att utgå från, men då det ändå visade en variation i relation till frågeformulär och symtom, kan man likväl tolka det som att de antyder en riktning. De första 25 kvinnorna fyllde i KASAM och ett hälsoformulär. Det senare visade sig inte fungera för den här gruppen kvinnor. Formuläret efterfrågade hälsan i den stunden man fyllde i det. Kvinnorna menade att känslan av hur man mådde kunde ändras så snabbt att det var omöjligt att svara på. Formuläret har därför inte analyserats och byttes senare ut mot SCL-90.

Att använda sig av både kvantitativ och kvalitativ metod möjliggjorde metodtriangulering. Delstudiernas resultat har visat sig stärka varandra. I delstudie (III) studerades affekten skam som visat sig återkomma som en röd tråd i förhållande till KASAM (I) och PTSD (II). I delstudie II visas höga värden på IES-R som indikerar risk för PTSD och i delstudie IV beskriver kvinnorna med egna ord hur karakteristiska symtom på PTSD, som påträngande minnen och undvikandebeteenden, har minskat.

Att ha fått förtroendet att få tillgång till detta material, både genom frågeformulär och med kvinnornas egna ord och beskrivningar är en styrka. Kvinnorna beskriver en skadad tillit och svårigheter att lita på andra, men har velat medverka med drivkraften att de ansett att det varit viktigt att beforska området och föra ut kunskaperna om hur det kan vara att leva med följdverkningarna av sexuella övergrepp.

9. SLUTKOMMENTAR

I den här avhandlingen visas att kvinnorna som deltagit i ledarlösa självhjälpssgrupper beskriver att de förändrat sina liv till det bättre. Exempel på detta är att ha ett förbättrat samliv samt minskad rädsla och ångest. Dessa förändringar skulle kunna tyda på att empowerment uppnåtts. Självhjälpssgrupper måste dock ses som ett komplement till professionell sjukvård.

Trots att de teoretiska kunskaperna länge funnits om relationen mellan våld/övergrepp och hälsa/ohälsa så tillämpas det inte i praktiken. Grundorsaken till psykiska eller somatiska, oförklarliga, symtom utforskas således inte kliniskt. Fler och fler studier visar på ett samband mellan sexuella övergrepp och kroppsliga symptom och sjukdomstillstånd. Andra studier visar på att en hög andel av psykiatriska patienter varit utsatta för sexuella övergrepp. En annan aspekt är att våldet kan fortplantas från generation till generation och man menar att relativt många förövare själva har en bakgrund av utsatthet. Att upptäcka att patienter, barn eller vuxna, som varit utsatta för sexuella övergrepp och ge hjälp och stöd till bearbetning är alltså inte bara viktigt för den som varit utsatt, utan också för nästa generation.

Kliniska implikationer

Min önskan med denna avhandling är att den ska öka kunskapen inom vården så att man känner igen de symtom (t.ex. PTSD och skam) som trauma kan uppvisa och utifrån det kan upptäcka när människor varit utsatta för övergrepp. Jag vill också understryka den salutogena kraft som finns i att bli lyssnad på, respekterad, förstådd och bekräftad, som kvinnorna i avhandlingen beskriver. Med ökade kunskaper kan man i vården bidra till den kraften i kontakter med traumatiserade patienter. Därför hoppas jag:

- Att kunskapen kring effekter som sexuella övergrepp i barndomen kan ge, ska spridas genom utbildning och handledning i verksamheter där man möter denna problematik
- Att ökade kunskaper också ger möjlighet till ökat kollegialt stöd i dessa komplexa ärenden
- Att ökade kunskaper och stöd bland professionella ökar benägenheten att *våga fråga* patienter/klienter om övergrepp
- Att man när man får kunskap om att övergrepp har skett ska kunna erbjuda adekvat vård/hjälp
- Att man med ökade kunskaper också kan utveckla det förebyggande arbetet

Förslag till kommande forskning

Arbetet med avhandlingen har väckt frågor som skulle vara intressanta att undersöka i kommande forskning:

- Vilka copingstrategier använder kvinnor med erfarenhet av sexuella övergrepp i barndomen?
- Har kvinnor som söker/sökt sig till självhjälsgrupper sökt hjälp på annat håll tidigare? Hur har de i så fall upplevt den hjälpen?
- Hur ser vårdpersonal inom somatisk och psykiatrisk vård på effekter av våld på hälsan? Ställs frågor om våld och övergrepp?
- Kan utbildning/handledning kring våldets effekter förändra omhändertagandet?
- Har kvinnor som också haft professionell hjälp tidigare eller parallellt med självhjälsgruppen haft mer nytta av att delta i en sådan?
- På vilket sätt kan uttryckande terapimetoder (dans, musik, bild/form) komplettera psykoterapeutisk behandling av traumatiserade patienter och utveckla möjligheten till ett mer holistiskt behandlingsinriktat synsätt?

SUMMARY IN ENGLISH

Introduction

This thesis focuses on the health and lives of women who were sexually abused as children and are now about to take part in self-help groups. A number of studies have shown that women are vulnerable to a range of long-term psychological and physical health problems after being exposed to childhood sexual abuse (CSA). Posttraumatic stress disorder (PTSD), depression, anxiety, somatisation, substance abuse, eating disorders and suicidal behaviour are diagnoses and behaviours associated with CSA (Fergusson & Mullen, 1999; Lundqvist et al., 2004; Tanskanen et al., 2004; Rowan & Foy, 1993; Saunders et al., 1992; Epstein et al., 1997). Other studies show that exposure to violence and abuse during childhood increases the risk of experiencing common symptoms such as muscular tension, low back pain and headache. It was also reported that fewer than 2% of sexually abused women have discussed the abuse with their physicians and it was suggested that asking about abuse should be an integral part of recording a patient's history, even in somatic care (Krantz & Östergren, 2000; Springs & Friedrich, 1992; Leserman et. al., 1996).

In their review of prevalence-studies, Fergusson & Mullen (1999) found a considerable variety of prevalence estimates and variations in the definition of CSA. Most studies describe females who have generally been exposed before the age of 18 and with an international prevalence of 15-30 %. In Sweden it has been found that 10 % of women have been sexually abused before the age of 16-18 and that the number of unrecorded cases is probably high (Lundqvist et al., 2004). They also reported that many children never dare reveal the abuse to an adult and some never reveal it at all and further that the prevalence of childhood sexual abuse among adult female psychiatric in- and outpatients ranged between 25-77 % with a mean value of 45 % and with the highest prevalence among inpatients. Herman (1990) states that this group of traumatized patients is frequently misdiagnosed and maltreated in the mental health system.

THEORETICAL FOUNDATIONS AND PERSPECTIVES

In this thesis the public health-perspective is used together with psychological perspectives. Examining the subject from different angles enhances the possibility of considering it in a multi-factorial manner and forming an overall picture.

The Public Health perspective

Violence is a global public health problem and violence against women is regarded as the most pervasive human rights violation in the world (WHO, 2002; Heise et al.,

2002). According to WHO (2002), child abuse forms a significant portion of the global burden of disease, including psychiatric disorders and suicidal behaviour.

According to the “Acheson Report” (1988), public health is the science and art of promoting health, preventing disease and prolonging life through the organised efforts of society. It is directed principally towards groups of people or populations but the World Report on Violence and Health (WHO, 2002) emphasises the fact that, despite the definition, public health does not ignore taking care of individuals. Highlighting violence from a public health point of view implies focusing on how violence influences health, which makes it more than just a juridical question.

Women who have been sexually abused as children are a group with relevance to public health science. The prevalence is high, probably with a high number of unrecorded cases. The abuse affects the health and lives of children and women and violates the Human Rights referred to in the UN-declaration (1948).

Health promotion

According to the Ottawa Charter (WHO, 1986), health promotion is the process of enabling people to increase control over and improve their health. It can also be defined by means of the seven principles developed further from the Ottawa Charter by Rootman et al. (2001):

- Empowerment: people should be enabled to gain greater control over decisions and actions affecting their health
- Participatory: those affected should be included in the planning, implementation and evaluation processes
- Equality/equity: social equality and equity in health should be the norm. People’s needs should form the guiding principle for the distribution of opportunities for wellbeing
- Sustainability: changes should be lasting and continue to function even after support has ceased
- Holistic: health should be seen as a whole and the aim should be to achieve development in physical, mental and spiritual health
- Intersectorial: relevant sectors should work together
- Multistrategic: different strategies should be applied at different levels in society - juridical, organisational, communicational and educational - all focusing on health

These concepts are, to different degrees, all applicable to the research field on which this thesis focuses. The women in the study are about to take part in self-help groups in order to improve their health. The concept of empowerment has grown out of the self-help perspectives and the women’s movement (Wallerstein & Bernstein, 1988; Gibson, 1991; Rissel, 1994) and is thus central in this thesis. The concept of participation is another foundation stone in the self-help movement where voluntariness and mutual support in relation to a common problem are others (Katz & Bender, 1976, Hodges & Segal; Gibson, 1991; Rissel, 1994). Equality and equity in health-care should be the

norm, e.g. individuals should be offered adequate help which could be facilitated through increased knowledge. This implies adopting both an intersectorial and a multistrategic approach. In order to understand the complex problems following sexual abuse it is important to see health as a whole. Karlberg et al. (2002) stress the importance of that always evaluating health in relation to the context and the actual period in which it exists.

Ill-health can result from sexual abuse. Most frequently described is psychological ill-health but when women are asked about abuse, it would seem that even somatic problems, such as muscular tension, low back pain, headache and gynaecological problems are related (Krantz & Östergren, 2000; Hilden et al., 2004). Depression is one of the most common consequences of childhood sexual abuse mentioned in the literature (Bifulco et al, 1991; Schaff & McCanne, 1998; Cheasty et al., 1998; Brown et al., 1999). Post traumatic stress disorder (PTSD) might be another consequence of child sexual abuse (CSA), and for prolonged, repeated trauma, particularly CSA, the symptomatology is more complex than for PTSD (Herman, 1990).

Salutogenesis

Aron Antonovsky (1987) coined the concept salutogenesis, which implies studying the question of what creates health. He claimed that health was relative, that at any given moment it was at a specific point on a continuum between health – ill-health. The radical question for Antonovsky was why, despite facing trouble, some people remain healthy and he found that this was dependent on their Sense of Coherence, SOC. The SOC is defined:

as a global orientation that express the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by the stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement (Antonovsky, 1987).

The SOC consists of three key components:

- Comprehensibility – this involves understanding one's life
- Manageability – the perception of being able to cope with situations leads to manageability
- Meaningfulness – this is felt when an individual is motivated to go on trying to find suitable solutions

Health, according to Antonovsky, was thus dependent on how an individual understood and dealt with stress of different kinds, with the aid of what he called General Resistance Resources (for example, self-esteem, intelligence, God, knowledge, money) and the degree of motivation at hand.

Psychological theories

Affect-theory and shame

Shame and guilt are often mentioned in connection to CSA, without any differentiation between them. According to Tomkins (1987), guilt concerns *what one has done*, whereas shame concerns *who one is*. He also states that feelings of shame can be described on a continuum with a mild feeling of embarrassment at one end and humiliation at the other. If a person is at the humiliation end of the continuum often or for a long time, there is a risk that chronic feelings of shame will develop, which may lead to pathologically low self-esteem, social phobia and tendencies towards isolation. Persons who 'suffer' from shame often compare their 'self' with others, where their own 'self' is always negatively evaluated. By attacking the 'self' in this way, shame becomes a very painful and extremely destructive affect (Lazare, 1987; Retzinger, 1989; Epstein, 1994).

Traumatology and post traumatic stress

Accidents, natural catastrophes, threats of violence, assault and sexual abuse are examples of situations that can lead to PTSD ((Herman, 1998, Michel et al., 2002). Typical symptoms of PTSD are:

- Intrusive thoughts, flashbacks, recurrent dreams etc. of the traumatic events
- Avoidant behaviour of reminders of the event
- Arousal, which means living in a higher state of readiness, suffering from sleeping disorders and attention problems etc

The diagnosis is unique while it is directly associated with something a person has experienced.

When abuse is present in the environment where a child should be able to feel safe, as in the case with CSA, PTSD can be seen as an ongoing, chronic process. Abuse, once started, also often continues (Putnam & Trickett, 1993; Rathman, 2002). Trauma which is ongoing, long-term and caused by humans, especially CSA, often leads to what Herman (1998) terms complex PTSD.

Attachment theory

According to Bowlby (1994), a good and trustful attachment, to at least one grown-up care-giver, is necessary for optimal development in a child. Where it is present, the care-giver/s is/are like a "secure base" to which the child can return when support is needed. Attachment is always present, you cannot not be attached, but it can be of differing quality. If the attachment to the care-giver is unsafe, it influences the trust negatively (Bowlby, 1973; Bowlby, 1994; Broberg, et al., 2003) and forms the way in which the child handles relations.

Coping-theory

Coping concern the way situations which the individual feels are beyond their capacity to handle, are taken care of. The individual tries to change these situations for the better, a process which is in constant flux (Lazarus,1993a).The process changes over time and in interplay with the context and, it is suggested, in two main ways (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993a)

- Problem-focused coping is used when the individual acts to change the environment or him/herself to solve the problem
- Emotion-focused coping involves changing either the way the problem is addressed (avoidance, for instance) or the relational meaning of what is happening (reduction, for instance)

Nathanson (1992) describes four main strategies for coping with shame in his compass of shame:

- Withdrawal
- Avoidance
- Attack self
- Attack other

These are used to avoid the painful feelings of shame and, as a compass, the different poles may be used at different times, one can be used more generally and two or more may also be combined.

RESEARCH ISSUES AND AIMS

Research issues

This thesis examines, from various standpoints, the situation of women who were sexually abused as children and who were about to take part in self-help groups:

- How do they report their Sense of Coherence, SOC, how does it compare with that of other groups, both clinical and non-clinical? (Study I)
- How do they estimate their psychological health and do they report the risk of PTSD? (Study II)
- How does shame show in their narratives of their health and lives and does it affect their lives? (Study III)
- How do the women describe the experience of taking part in the self-help group and how has it affected them? (Study IV)

Aims

The overall aim was to increase knowledge of women, abused sexually as children, now attending a self-help group, with reference to questions of health, personal resources, relations, circumstances surrounding the abuse and the experience of participating in a self-help group.

The specific aims were:

- To measure personal resources using the concept of SOC and to examine its relation to factors such as age, education, relations, circumstances surrounding the abuse and reasons for wanting to attend a self-help group (I)
- To measure psychological stress and symptoms and gauge whether the women risk suffering post traumatic stress disorder and to compare the results with those of other groups of patients (II)
- To determine whether and how they verbally express shame in interviews about their health, relations and the sexual abuse (III)
- To examine their experiences of participating in a self-help group with regard to advantages, salutogenic factors and empowerment. Also to obtain knowledge of how they assess the usefulness of the organisation of the groups (IV)

METHODS

The thesis comprises four studies on women who had been subjected to CSA and now, on their own initiative, were attending self-help groups as adults. Both quantitative and qualitative methods are used to shed light upon the questions and problems from different angles.

The self-help groups (SHG) worked without a leader with a strict structure for governing the group. During the three first meetings the participants were taught how to run the meetings by means of rounds, time-keeping, themes etc., by a prompter with her own experience of SHG.

The questionnaires used in study I and II and the interviews used in study III were all conducted before the groups started.

Study I (n=81) measured Sense of Coherence using the SOC scale, 29 questions (Antonovsky, 1991). The results were analysed to determine possible relations with factors from a questionnaire constructed for the study, e.g. health, relations, the abuse and reasons for attending the self-help group. The Cronbach alpha and Spearman rho were used to analyse reliability-measures, T-test and ANOVA were used to calculate differences between the results of SOC and background factors.

Study II (n=87) was intended to examine the women's psychological symptoms and health (SCL-90-R, Derogatis & Cleary, 1977) and determine the degree to which they were at risk of PTSD (IES-22-R, Horowitz et al, 1979, Weiss & Marmar, 1995).

Analyses were conducted to discover possible relations to factors from the questionnaire constructed for the study. Spearman's rank-order correlations coefficient and multiple regression analysis were used for the calculations. SPSS, version 14 was used for the statistical analysis.

In study III (n=10) both quantitative and qualitative methods were used to determine whether and how the women verbally expressed shame in interviews. Semi-structured interviews were used with themes such as health, relations and circumstances surrounding the sexual abuse. This study was analysed by means of "The Content Analysis of Verbal Behaviour" according to Gottschalk-Glaser (1969) and Retzinger (1991).

The object of Study IV (n=17) was to use a qualitative interview to obtain knowledge of the women's experiences of participating in a SHG and whether this had resulted in any changes concerning their health, relations and life-situations. For purposes of analysis here a content analysis (Graneheim-Lundman, 2004) was used.

FINDINGS

In study I the women had answered questions about their reasons for attending a SHG and the circumstances surrounding the abuse. The most common answer was in order 'to talk to others with the same experiences' (85.2 %), followed by 'to help one another' (51.9 %). 'Feeling different' (49.4 %), 'shame' (32.1 %) and 'guilt' (24.7%) were other reasons.

It was found that the women had a low SOC mean score (104.1, sd = 27.0). The duration of the abuse had a negative impact on the SOC score. Women who reported abuse lasting for more than 10 years had a SOC mean of 96.8, sd = 19.9 and those who did not remember the number of years of duration even lower. In a first analysis in a stepwise multiple regression analysis of abuse-characteristics as independent variables only 'duration of abuse' was a significant predictor of SOC and it accounted for 10.3 per cent of the variance. In a second step 'relations' were used as independent variables and one of the variables, 'relationship to fellow workers' contributed significantly with 31.7 per cent of the variance. The SOC-total score was used as dependent variable throughout.

The findings in study II show that the women rated their mental health as poor and significantly poorer in comparison with groups of psychiatric patients. Depression showed the highest scores, followed by anxiety, obsessive-compulsive symptoms and interpersonal sensitivity.

The results from the IES-R scale showed that more women were at the higher level of the avoidance sub-scale (78.2 %) than on the intrusion sub-scale (63.2 %). Of the women with high scores, 57.5 % scored high on both intrusion and avoidance sub-scales, indicating reactions of clinical importance and a possible PTSD.

Correlations between the mean of SCL-90-R (GSI) and IES-total (sum of sub-scales for intrusion and avoidance) and factors relating to reasons for participating in a SHG, relations and abuse-characteristics showed that more items correlated significantly with GSI. 'Duration of abuse', 'age at onset', as well as relations to 'fellow workers' and 'female and male friends' correlated significantly to GSI, and 'female friends' even to IES-total. 'Feeling shame' correlated with both GSI and IES-total whereas 'feeling guilt' did not correlate with any scale describing psychological distress.

The multiple regression analysis showed that 'relations with female friends', 'feelings of being different' and 'wanting support' were the variables that seemed to have influenced mental health most.

When the interviews describing health, relations and conditions surrounding the abuse were analysed for verbal expressions of shame, it was evident that the women used code words for shame (III). The code words were sorted into six shame-indicator groups and then categorized into various aspects of shame. The most frequent group was 'alienated' with three aspects: 'feeling betrayed', 'feeling alone' and 'feeling like an outsider'.

The study shows that the affect shame influenced the women's health and their negative view of themselves. It restricted their lives through anxiety at not being good enough and influenced relations negatively.

In study IV the women reported that the SHGs had been a means of escaping solitude, that the group had been used as a tool for recovery where they had shared experiences, had been mirrored by others and had increased their knowledge of the abuse and its effects. They also described the group as a training-camp where, for instance, relations and conflicts could be trained and where they were supplied with support. The working-method was described as supreme and they stressed the importance of rounds, time-keeping, working with themes and having no leader.

The women ascribed reduced PTSD-symptoms, such as intrusive thoughts, flashbacks and avoiding-behaviour, to the work they had done in the group. They also described the memories of trauma as less painful. The process in the group of working through the abuse and taking responsibility for oneself and for the group seems to have reduced feelings of shame and increased pride. The changes that are described after working in SHGs indicate that the women have achieved empowerment and improved health.

DISCUSSION

Using a health promotion perspective in approaching the complex problem of CSA is important for gaining an understanding of its nature and being able to help those affected of it. This entails focusing on the problem as a whole, which should lead to better opportunities for offering adequate help. The results in this thesis can be seen in this perspective, exemplified by the *principles* of health promotion suggested by Rothman et al. (2001).

The main aim of the thesis was to increase knowledge about how women exposed to CSA and now entering a SHG described their health, their relations and the circumstances surrounding the abuse. The results showed that they scored extreme low on SOC (I). The affect shame was present and influenced their lives negatively (III) and their mental health was shown to be poor and more than half of the women seemed to be living with PTSD (II).

Another aim was to determine whether the work in the groups was perceived as useful and whether it had changed their lives in any direction. In study IV the women reported that their health had improved with regard to the reduction of symptoms such as depression, anxiety and PTSD. The *participatory* method by which the groups were governed, with a high degree of self responsibility, seems to have strengthened their self-esteem and increased the feeling of security. This may also have decreased the feelings of shame. Providing mutual help and being mirrored by others led to increased knowledge about oneself and the effects that could result from CSA. By providing opportunities for self-reflection from different standpoints, which created meaning and enabled the women to admit that abuse had occurred, it seems that the work in the groups has led to *empowerment* and new ways of coping with difficulties in life. This is in line with what Malterud & Solvang (2005) claim are important steps towards recovery. Some of the interviews were conducted up to two years after the group had finished. In these the women reported that they still enjoyed the positive changes, which indicates that they were *sustainable* even after the support had ceased.

One objective of the research, which the women themselves also stressed as important, was to shed light on the knowledge gained to improve the care of women who have been subjected to sexual abuse as children. This emphasizes the importance of several of the seven principles of health promotion (Rothman et al., 2001), such as *intersectorial* and *multistrategic* work, making common cause with, for example, education in this knowledge area. Increased knowledge would also lead to better social *equality* and *equity* in health and could also be preventive. The aftermath of CSA is complex and needs to be seen in *holistic* terms. Malterud & Solvang (2005) describe it as a challenge for somatic care to acknowledge patients' experiences, their perception of reality, and to consider inexplicable symptoms, such as pain, as the body indicating what it has been subjected to. This should also be relevant for psychiatric care, where a high percentage of the patients have a history of CSA presenting various symptoms.

CONCLUSION

To sum up, we may conclude that the Ottawa Charter definition (WHO, 1986) of health promotion as the process of enabling people to increase control over and improve their health seems to apply to the process described by the women who have joined the SHGs. The women seem to have achieved empowerment and described changes in their health and lives for the better which they assigned to the self-help groups. SHGs should nevertheless be seen as a complement to professional care.

Clinical implications and suggestions for further research

Despite the fact that knowledge about the relation between violence/abuse and health/ill-health has been evident for a long time, it is often not make use of. The objective of this thesis is to increase knowledge for professionals, leading to a greater ability to recognize the symptoms of CSA (for example PTSD and shame) and to offer adequate care. I also want to emphasize that the salutogenic strength the women in study IV report as a result of being listened to, respected and feeling understood. With increased knowledge professionals will also be better able to promote this strength.

The following are examples of ways of increasing knowledge:

- Education, lectures and supervision for professionals who meet these problems could better prepare them to ask about sexual abuse and have adequate treatment in readiness
- Increased knowledge can result in better collegial support and might also lead to the development of preventive methods

For further research it would be interesting to investigate:

- What coping strategies does this group of women describe?
- Have women, who now want to attend SHGs previously had or tried to get help elsewhere?
- How do professionals, such as social-workers, psychotherapists, nurses and doctors think about and assess the effects of violence, and CSA in particular?
- Can education change the way women exposed to CSA are taken care of?
- Can expressive methods, such as art and dance therapy, complement psychotherapy in working with the effects of CSA?

TACK

Först och främst vill jag tacka de kvinnor som med stort mod fyllt i enkäter och deltagit i intervjuer och på det sättet möjliggjort forskningen. Jag känner mig ödmjuk inför de berättelser jag fått ta del av och imponerad över den starka önskan att vilja ge sitt bidrag för att sprida kunskaper om hur effekterna av övergrepp kan se ut.

Mina handledare vill jag nämna i den ordning de kommit in i mitt liv. Professor Kjell Hansson introducerade forskningstankar och salutogenes redan under psykoterapeututbildningen i Lund. Tack Kjell för att du var med som handledare under så många år också på NHV! Docent Barbro Renck var med och startade självhjälpsgrupperna, initierade forskningsprojektet kring detta och inbjöd mig att vara med. Med sitt engagemang, sin energi och sin ousinliga nyfikenhet och kreativitet har Barbro genom alla åren varit ett enormt stöd och de senaste åren också formellt varit min handledare. Tack Barbro! Professor Karin Ringsberg har varit min huvudhandledare på NHV och har med stort engagemang, noggrannhet och snabbhet stöttat, granskat, kritiserat och berömt och lett mig framåt i den långa processen på ett enastående sätt. Tack Karin! Det har varit ovärderligt att ha haft tillgång till tre handledare med så mycket samlad kompetens.

Jag vill också tacka Anne Hammarström, Susanna Bihari Axelsson, Anette Häggblom, Anders Möller, Stian Biong som alla lagt tid och kraft på att ge mig nyttiga synpunkter vid halvtids- och slutseminarium.

Tack också till medstudenter och personal genom alla år på N HV. Det har varit en förmån att få studera i den fina miljö NHV erbjuder och att träffa så många spännande, engagerade och generösa människor från hela Norden. Några kommer till min glädje att finnas kvar som goda vänner även fortsättningsvis. Tack till er alla på biblioteket för god service och tack Tanja för all hjälp i slutprocesserna inför disputation.

Ett speciellt tack till Ida-gruppen; Marianne Dahlberg, Kerstin Bengtsson, Kerstin Zaring och Barbro Renck som tillhör kärnan i arbetsgruppen för självhjälpsgrupperna. Också ett tack till Alla Kvinnors Hus, Karlstad, som har varit arrangör för självhjälpsgrupperna under alla år.

Ett tack till alla som finns på och har passerat på Folkhälsovetenskap, Karlstad universitet, under åren. Det har varit en miljö där många spännande tvärvetenskapliga diskussioner förts i seminarier, i kafferummet eller med rumskamraten. Speciellt tack till Marianne Jensen som alltid har ställt upp för att lösa problem av olika slag.

Thank you Suzanne Retzinger for making shame evident in my life and thanks also to Thomas Scheff for inspiring lectures about the same topic!

Ett tack till alla arbetskamrater på olika arbetsplatser som funnits med under resans gång. Diskussioner och kunskapsutbyte med er har varit väldigt värdefullt. Tack också

alla vänner som funnits vid min sida under de här åren. Utan er hade allt varit mycket tyngre. Tack Matlaget; Kerstin, Lena, Eva och Viveka för goda middagar och trevlig samvaro. Det har varit nödvändiga andningshål! Tack Gunnel för det vi delat under den här processens gång och för att du finns kvar i mitt liv. Speciellt tack till Eva C. för att du läste och kom med värdefulla kommentarer. Ett lika speciellt tack till Viveka som funnits med i livets alla vindlingar under de här åren och envist peppat mig att fortsätta in i den akademiska världen.

Ett extra stort tack till mina fantastiska barn, Sofia, Hanna och Petter som alltid uppmuntrat mig i mina projekt och uttryckt en egen framtidstro utifrån att man aldrig blir för gammal för att utvecklas och lära sig något nytt. Ett tack också till deras nära och kära som nu finns med i familjen och till mina barnbarn Vincent och Valter som är en ständig glädjekälla.

Ett kärleksfullt tack till min livskamrat Brynje som funnits med under den senare hälften av den här processen. Du har varit mitt stora stöd, genom din kärlek och omtanke förstås, men också rent konkret med dina kunskaper om layout och hur man hanterar en dator. Ett alldeles speciellt tack för att omslaget blev så fint!

Tack till Vårdalstiftelsen, Brottsoffermyndigheten i Umeå, Landstinget i Värmland och Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap som ekonomiskt bidragit till att möjliggöra hela projektet.

REFERENSER

Acheson report. (1988). *Public health in England: the report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*. London: Her Majesty's Stationary Office.

Abrahamson L.Y., Seligman M.E. & Teasdale J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 87: 49-74.

Adamsen L. & Midtgaard Rasmussen, J. (2001). Sociological Perspectives on Self-help Groups: Reflections on Conceptualization and Social Processes. *Journal of Advanced Nursing* 35(6): 909–917.

Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S.(1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Allwood, C.M. (2002). On the nature of the qualitative research approach. In: Hallberg, L. R-M (Ed.) *Qualitative methods in public health research. Theoretical foundations and practical examples*. Lund: Studentlitteratur. 13-31.

Antonovsky A (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1991) *Hälsans Mysterium*. Lund: Natur&Kultur.

Antonovsky A (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine* 36(6): 725–733.

APA, Amerikanska Psykiatriska samfundet, Washington, DC (1994). *Diagnostisk och Statistisk Manual för psykiska störningar: DSM-IV.-4:e upplagan*.

Askheim, O.P. (2008). *Empowerment – olika infallsvinklar*. I: Empowerment i Teori och Praktik. red. Askheim, O.P. & Starrin, B. Malmö: Gleerups.

Bass, E. & Davis, L. (1996). *Incest och andra sexuella övergrepp*. Handbok för överlevare. Västerås: ICA-förlaget.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev.* 84: 191-215.

Beaglehole, R. & Bonita, R. (1999). *Public Health at the crossroads. Achievements and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.

Belsky, J. (1983). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.

- Bifulco, A., Brown, G.W., & Adler. (1991). Early Sexual Abuse and Clinical depression in Adult Life. *Brittish Journal of Psychiatry*. Jul; 159: 115 - 122.
- Bong-Ho, M. (2004). Self-help group Participation and Empowerment in Hong Kong. *Journal of Sociology and Social Welfare*, Volume XXXI, number 3, 153-167.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*; 44:542-573.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas*. Falkenberg. Natur & Kultur.
- Broberg, A., Almqvist, K., & Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Falköping: Elanders.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G., Smailes, E.M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38: 1490-6.
- Cannon, W.B. (1949). *Kroppens visdom. Människokroppens underbara anpassningsförmåga*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Caraher, M. (1998). Patient education and health promotion: clinical health promotion-the conceptual link. *Patient Education and Counselling*, 33, 49-58.
- Carter, J.C., Bewell, C., Blackmore, E. & Woodside, D.B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect* 30, 257-269.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O. & Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children of the Lundby-study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244, 1-11.
- Chamberlin, J. (1997). A working Definition of Empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol., 20, nr 4.
- Cheasty, M., Clare, A.W. & Collins, C. (1998). Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *BMJ* 1998; 316:198-201 (17 January)
- Cloitre, M., Cohen, L.R., Edelman, R.E. & Han, H. (2001). Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with Childhood Abuse. *Women & Health*, 34(3): 1-17.
- Conger, J.A. & Kanungo, R.N. (1988). The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.

- Corcoran, J., Mewse, A. & Babiker, G. (2007). The Role of Women's Self-injury Support-Groups: A Grounded Theory. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17: 35-52.
- Damen, S., Mortelmans, D. & Van Hove, E. (2000). Self-help groups in Belgium: their place in the care network. *Sociology of Health & Illness*, Volume 22, Number 3, May, pp. 331-348.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. In Denzin, N. & Lincoln, Y (Eds.), *Handbook of qualitative research – theoretical foundations and practical examples*, (pp.1-17). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Derogatis, L.R. & Cleary, P.A. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9/1: 13-28.
- Drossman, D.A., Leserman, J., Nachman, G., Li, Z.M., Gluck, H., Toomey, T.C. & Mitchell, CM. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med.* Dec 1; 13(11):828-33.
- Epstein, J.N., Saunders, B.E. & Kilpatrick, D.G. (1997). Predicting PTSD in Women with a History of Childhood Rape. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 10, No. 4. 573-587.
- Epstein R. S. (1994). *Keeping Boundaries, Maintaining Safety and Integrity in the Psychotherapeutic Process*. American Psychiatric Pub. Inc.
- Eriksson, M & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, Advance Access, March, 20.
- Feerick, M.M. & Snow, K.L. (2005). The Relationships Between Childhood Sexual Abuse, Social Anxiety and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Women. *Journal of Family Violence*, Vol. 20, No. 6, December.
- Feiring C., Taska L. & Lewis M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse and Neglect*, 20, 767–782.
- Ferguson, G.A. (1959). *Statistical Analysis in Psychology and Education*. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc.
- Fergusson, D.M. & Mullen, P.E. (1999). *Childhood Sexual Abuse. An Evidence Based Perspective*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Finkelhor D. & Brown A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiat* 55, 530–541.

FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. (1948)

FN:s konvention om barns rättigheter. (1989)

Folkhälsoinstitutet. (1995). *Ett Folkhälsoperspektiv på Våld. En beskrivning av våldet och det våldsförebyggande arbetet i Sverige*. Folkhälsoinstitutet 1995:45.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Sampler set manual, test booklet, scoring key*. Palo Alto, CA: Mind Garden, Consulting Psychologists Press.

Fossum, B. (2003). *Communication in the Health Service: Two examples*. Avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm University.

Freire, P. (1972). *Pedagogik för förtryckta*. Stockholm: Gummessons.

Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S. (2002). SCL-90. *Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. Statens institutionsstyrelse.

Fridlund, B. & Hildingh, C. (2000). Health and qualitative analysis methods. In B. Fridlund & C. Hildingh (Eds.) *Qualitative research methods in the service of health*. (pp. 13-25). Lund: Studentlitteratur.

Gemzöe, L. (2002). *Feminism*. Stockholm. Bilda förlag AB.

Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.

Glaser, B. & Strauss, A. (1969). The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine.

Gottschalk L.A. & Gleser G.C. (1969). *Manual of Instruction for Using the Gottschalk-Gleser Content Analysis Scale*. Berkeley, Calif: U. of California Press.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, vol 24, 105-112.

Hammarström, A. (2004). *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Högskoleverket. Lenanders Grafiska AB, Kalmar.

Hansson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Studentlitteratur.

Heise, L. (1998). Violence Against Women. An integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*, Vol. 4 No, 3, 262-290.

Heise, L., Ellsberg, M. & Gottmoeller, M. (2002). A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78 Suppl. 1 S5-S14

Herman, J.L (1990). *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books.

Herman, J.L. (1998). *Trauma och tillfrisknande, om följderna av incest, våldtäkt, krig och tortyr och behandlingen av dessa trauma*. PsykoterapiHuset, Torbjörnsson-Svenaesus AB, Mölndal.

Hilden, M., Schei, B., Swahnberg, K., Halmesmäki, E., Langhoff-Roos, J., Offerdal, K., Pikarinen, U., Sidenius, K., Steingrimsdottir, T., Stoum-Hinsverk, H. & Wijma, B. (2004). A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG: an International Journal of obstetrics and Gynaecology*, Oktober, Vol. 111, pp. 1121-1127.

Hirdman, Y. (1990). Genussystemet i SOU 1990:44 Demokrati och makt i Sverige.

Hodges JQ & Segal SP (2002). Goal Advancement Among Mental Health Self-Help Agency Members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(1): 78–85.

Hooper, C-A., Koprowska, J. & McCluskey, U. (1997). Groups for women survivors of childhood sexual abuse: the implications of attachment theory'. *Journal of Social Work Practice*, Vol. 11, No. 1, pp 27-40.

Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, MA. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine* Vol. 41, No.3 (May 1979).

Jacobs, M. K. & Goodman, G. (1989). Psychology and self-help groups: Predictions on partnership, *American Psychologist*, Vol.44, No.3, 536-545.

Jacoby, M. (1994). *Shame and the Origins of Self-esteem*. Routledge, London.

Johnson, L.E. & Benight, C.C. (2003). Effects of Trauma-Focused Research on Recent Domestic Violence Survivors. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 16, No.6, 567-571.

Jonzon, E. & Lindblad, F. (2004). Disclosure, Reactions and Social Support: Findings From a sample of Adult Victims of Child Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, Vol. 9, No. 2, 190-200.

Jonzon, E., Karlsson, M. & Lindblad, F. (2006). Members' experiences from a support organisation for women sexually abused in childhood. Doctoral dissertation. Stockholm. Karolinska Institutet.

Karlberg, I., Hallberg, L. R-M & Sarvimäki, A. (2002). Introduction and aims at the book – health, public health and research on public health. In: Hallberg, L. R-M (Ed.) *Qualitative methods in public health research. Theoretical foundations and practical examples*. Lund: Studentlitteratur. 13-31.

- Karlsson, M. (2000). Delade erfarenheter. *Om självhjälsgrupper i Sverige*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 14, Erlanders Gotab, Stockholm.
- Katz, A.H. & Bender, E.I. (1976). *The Strength in Us: Self-help Groups in the Modern World*. New York, New Viewpoints.
- Kjellquist, E-B. (1993). *Rött och vitt: Om skam och skamlöshet*. Carlsson.
- Knight, C. (2006). Groups for Individuals with Traumatic Histories: Practice Considerations for Social Workers. *Social Work*; jan. Vol. 51, Issue 1, 20-30
- Krantz, G. & Östergren, P-O. (2000). The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish women. *J Epidemiol Community Health*; 54:815-21.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Longman.
- Labonte, R. (1994). Health Promotion and Empowerment: Reflexions on Professional Practice. *Health Education Quarterly*, 21(2), 253-268.
- Lazare, A. (1987). Shame and humiliation in the medical encounter. *Archives of Internal Medicine*, 147; pp 1653 – 1658.
- Lazarus, R.S. (1993a). From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol.*, 44:1-21.
- Lazarus, R.S. (1993b) Coping Theory and Research: past, present and future. *Psychosom Med*, 55: 234-47.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lepp M. & Ringsberg K.C. (2002). Phenomenography – a qualitative research approach. In: Hallberg, L. R-M. (Ed.) *Qualitative Methods in Public Health Research – Theoretical Foundations and Practical Examples* , pp. 105–129. Studentlitteratur, Lund.
- Leserman, J., Drossman, D.A., Li, Z., Toomey, T.C., Nachman, G. & Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, Vol 58, Issue 1 4-15.
- Leskela, J., Dieperink, M. & Thuras, P. (2002). Shame and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, Volume 15, Number 3, 223-226.
- Leung, J. & Arthur, D.G. (2004). Clients and facilitators' experiences of participating in a Hong Kong self-help group for people recovering from mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 232-241.

Lewis, H.B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.

Lewis, H. B. (1987). Shame and the narcissistic personality. In: *The Many faces of shame*. Ed. Nathanson, D., pp. 93-132. The Guildford Press, New York.

Lewis, M. & Haviland-Jones, J. (2000). eds. *Handbook of Emotions*. 2d ed. New York: Guilford Press.

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, Vol. 21 No.3. Advance access publication 22 May.

Lundqvist, G., Svedin, C-G. & Hansson, K. (2004). Childhood sexual abuse. Women's health when starting in group therapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58:25-32.

Lundqvist, G. (2005). Childhood Sexual Abuse. Women's Mental and Social Health Before and After Group Therapy. Dissertation, Lunds Universitet.

Lundqvist, G., Hansson, K. & Svedin, C-G. (2004b). The influence of childhood sexual abuse factors on women's health. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58: 395-401.

Lundqvist, G., Svedin, C-G., Hansson, K. & Broman, I. (2006). Group Therapy for Women Sexually Abused as Children: Mental Health Before and After Group Therapy. *J Interpers Violence*; 21; 1665.

Lundqvist, G., Hansson, K., Svedin, C-G., Ekström, I.(2006). Group Therapy for women who were sexually abused as children. Description, Symptoms and Consumer Satisfaction. In: *Domestic Violence and its Reverberations*. 29-57. Ed. Lipshitz, M. New York: Nova Science Publishers Inc.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In : Brazelton, T.B. & Yogman, M. (Eds.), *Affective development in infancy*, 95-124. Norwood: Ablex.

Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur, Lund.

Malterud, K. & Hollnagel, H. (1999). Encouraging the strengths of women patients. A case study from general practice on empowering dialogues. *Scand J Public Health*; 27: 254-259.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet*, 358, 483-8.

Malterud, K & Solvang, P. (2005). Vulnerability as a strength: Why, when, and how? *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(Suppl 66): 3-6.

Merril, L.L., Guimond, J.M., Thomsen, C.J. & Milner, J.S. (2003). Child Sexual Abuse and Number of Sexual Partners in Young Women: The Role of Abuse Severity, Coping Style and Sexual Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume 71(6), December, 987-996

Michel, P-O, Lundin, T. & Otto, U. (2002). *Psykotraumatologi. Bedömning, bemötande och behandling av stresstillstånd*. Lund. Studentlitteratur.

Nathanson, D. (1987) A timetable for shame. In: *The Many faces of shame*. Ed. Nathanson, D., pp. 1-63. New York. The Guildford Press.

Nathanson, D. (1992) *Shame and pride. Affect, sex and the birth of the self*. New York. W.W. Norton & Company, Inc.

Nilsson, D. & Svedin, C-G. (2002). Upptäckt och konsekvenser. I *Sexuella övergrepp mot flickor och pojkar*. Red. Svedin, C-G & Banck, L. Lund, Studentlitteratur.

Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och hälsa. Teori & kritik*. Falköping: Gummessons Tryckeri. Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Nordenfelt, L. (1993). The medical context: Measuring health and quality of life. In: Nordenfelt, L. ed. *Quality of life, Health and Happiness*. Avebury: Aldershot: 83-136.

Nordenfelt, L. (1996). *Samtal om hälsa. En dialog om hälsans natur*. Stockholm:Almqvist & Wiksell Medicin/Liber.

Page, N & Czuba, C.E. (1999). Empowerment: What Is It? *Journal Editorial Office*. <http://joe.org/joe/1999october/comm1.html>.

Parsons, T. (1981). Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In: Caplan, A.L., Engelhardt, H.T. McCarney, J.J. eds. *Concepts of health and disease. Interdisciplinary perspectives*. Massachusetts: Reading Addison-Wesley Publishing company: 57-81.

Perris, C. (1996). *Ett band för livet. Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi*. Natur och Kultur: 166-174.

Perrott, K., Morris, E., Martin, J. & Romans, S. (1998). Cognitive Coping Styles of Women Sexually Abused in Childhood: A Qualitative Study. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 22, No. 11, 1135-1149.

Putnam, F. & Trickett, P. (1993). Impact of child abuse on females: Toward a developmental, psychobiological integration. *Psychological Science*, 4 (2), 88-87.

Pörn, I. (1984). An equilibrium model of health. In Nordenfelt, L., Lindahl, B.I.B., eds. *Health, disease and causal explanations in medicine*. Dordrecht: D Reidel Publishing Company: 3-9.

Pörn, I. (1995). Vad är hälsa? I : Klockars, K. & Österman, B., (red.) *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Stockholm: Liber Utbildning AB: 14-28.

Rappaport, J. (1985). The power of Empowerment Language. *Social Policy*. Vol. 17 (2), 15-22.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol*, Apr; 15(2):121-48.

Rahtsman, K. (2000). Incest: "Att bo i en stulen kropp". Doktorsavhandling, Sociologi, Uppsala Universitet. Uppsala: University Printers, Ekonomikum.

Read, J. (1997). Child Abuse and Psychosis. A Literature Review and Implications for Professional Practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 28(5): 448-456.

Retzinger S. (1991). *Violent emotions. Shame and rage in marital quarrels*. Newbury Park. Sage Publications.

Risberg, G., Lundgren, E. & Westman, G. (1999). Prevalence of sexualized violence among women. A population-based study in a primary healthcare district. *Scand J Public Health*; 27: 247-253.

Rissel, C. (1994). Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, vol. 9, No. 1: 39-47.

Rosenberg, P. (1984). *Support Groups. A special entity. Small Group Behaviour*; 1984; Vol.15, no.2, 173-186.nd perspectives. WHO Regional Publications European Series No 92.

Rootman, I., Goodstadt, M. & Hyndman, B. (2001). Red. *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*, WHO Regional Series, No. 92.

Rotter, JB. (1966). Generalized expectencies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monographs*, 80: 1-28.

Rowan Anderson B, Foy DW. (1993). Post-traumatic Stress Disorder in Child Sexual Abuse Survivors: A Literature Review. *Journal of Traumatic Stress* 6(1): 3-20.

Sarvimäki, A. (1990). Hälsan och det goda livet. (Health and the good life, Swe). In K. Krause, P. Åstedt & P. Kurki (eds), *Hyväolo. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisu nro 1*. Helsinki, Asiraahoidon tutkimuslaitos.

Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG,

Veronen L.J. (1992). Child Sexual Assault as a Risk Factor for Mental Disorders Among Women: A Community Survey. *Journal of Interpersonal Violence* 7 (2): 189–204.

Schaaf, K.K. & McCanne, T.R. (1998). Relationship of childhood sexual, physical and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 22(!), 1119-1133.

Scheff T. (1990). *Microsociology: Discourse, Emotion Social Structure*. The University of Chicago Press, Chicago, IL.

Scheff, T. & Retzinger, S. (2001). *Emotions and Violence. Shame and Rage in Destructive Conflicts*. iUniversity, Inc. Lincoln.

Scheff, T. (2003). Shame in Self and Society. *Symbolic Interaction*, 26, 2, 239-262.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*; 32:138.

Sikkema, K.J., Hansen, N.B., Kochman, A., Tarakeshwar, N., Neufeld, S., Meade, C.S. & Fox, A.M. (2007). Outcomes from a Group Intervention for Coping with HIV/AIDS and Childhood Sexual Abuse: Reductions in Traumatic Stress. *AIDS Behav.*, 11: 49-60.

Sjöström, B., & Dahlgren, L-O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *J Adv Nurs*. 40(3):339-45.

Socialstyrelsen (1991). *Sexuella övergrepp mot barn*. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:3. Stockholm.

Socialstyrelsen (1995). *Kvinnor som utsatts för incest*. SoS-rapport 1995:3. Stockholm.

Socialstyrelsen (1999) Svedin, C-G. *Definitioner och förekomst. Sexuella övergrepp mot barn*. 1999:4, Stockholm.

Springs, F.E & Friedrich, W.N. (1992). Health risk behaviours and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clinic Proceedings*, 67, 527-532

Starrin, B. 1994. *Om distinktionen kvalitativ – kvantitativ i social forskning. I Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.). Studentlitteratur, Lund.

Starrin, B. (2008). Empowerment som förhållningssätt – kan vi lära oss något av Pippi Långstrump? I *Empowerment i Teori och Praktik* red. Askheim, O.P. & Starrin, B.. Malmö: Gleerups.

Stone, A.M. (1992). The role of shame in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Orthopsychiat* 62, 131–136.

Street, A.E. & Arias, I. (2001). Psychological Abuse and Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: Examining the Roles of Shame and Guilt. *Violence and Victims*, vol. 16, No.1: 65-78.

Svedin, C-G & Back, C. (2003). *Varför berättar de inte? Om att utnyttjas i barnpornografi*. Rädda Barnen, Stockholm.

Talbot, J.A, Talbot, N.L. & Tu, X. (2004). Shame-Proneness as a Diathesis for Dissociation in Women With Histories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17, No. 5, October 2004, pp. 445-448.

Tanskanen, A., Hintikka, J., Honkalampi, K., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H. & Viinamäki, H. (2004). Impact of multiple traumatic experiences on the persistence of depressive symptoms – a population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58:459-464.

Tashakkori, A. & Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. Applied Social Research Methods Series, Volume 46. Sage Publications, Thousand Oaks.

Thuen, F., Carlsen, B. & Sandvik, O. (1998) Støttegrupper etter samlivsbrudd. En presentasjon av tidligere forskning og egne erfaringer med grupper. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 35, 452-461.

Tomkins S.S. (1987). Shame. In: *The Many faces of shame*. (Ed. Nathanson D.) Chapter, pp. 133-161. The Guildford Press, New York.

Tones, K. & Tilford, S. (2001). *Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity*. Nelson Thornes Ltd., Cheltenham.

Twaddle, A. & Nordenfelt, L. (1994). *Disease, illness and sickness. Three central concepts in the theory of health. A dialogue between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt*. Linköping: Linköping University.

Valliant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatr.* 24:107-118.

Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*. Vol. 15(4): 379-394.

Wallis, D. A. N., (2002). Reduction of trauma symptoms following group therapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36: 67-74.

Weiss D.S & Marmar C.R. (1995). *The Impact of Event Scale-Revised*. In: Wilson JP, Keane TM, editors. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: The Guilford Press; pp. 399-411.

Wilson, J.P., Drozdek, B. & Turkovic, S. (2006). Posttraumatic Shame and Guilt. *Trauma, Violence, & Abuse*, Vol. 7, No. 2, 122-141.

Winnubst, J. A., Buunk, B. & Marcelissen, F. (1988). Social support and stress: Perspectives and processes. In: *Handbook of life stress, cognition and health*. (pp. 511-528). Fisher, S. & Reason, J. (Ed). Oxford, England: John Wiley & Sons.

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: WHO Europe.

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva.

WHO (1999). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European*. European Health for All series No. 6, Köpenhamn.

WHO (2002). *World report on violence and health*, October 3rd, 2002.

WHO (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva.

Wright, B.A. (1983). *Physical disability - a psychological approach*. New York: Harper and Row.

Wright, D.C., Woo, W. L., Muller, R. T. Fernandes, C. B. & Kraftcheck, E. R, (2003). An investigation of trauma-centered inpatient treatment for adult survivors of abuse. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 27, Issue 4, 393-406.

Östlin, P., Eckerman, E., Mishra, U. S., Nkowane, M & Wallstam, E. (2006). Health Promotion Challenges. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International*, Vol. 21 No S1, 25-35.

ENKÄT FÖR KVINNOR SOM DELTAR I STÖDGRUPP

1 Alder

.....

2 Civilstånd: Vilket av nedanstående alternativ passar för Dig just nu?

- ☐ Gift/sammanboende
☐ Ogift/ej sammanboende
☐ Änka, sedan när
☐ Frånskild/separerad, sedan när

3 Har Du barn under 18 år?

- ☐ Ja, hur många?
☐ Nej

4 Vad har Du för utbildning? *Markera det alternativ som bäst motsvarar den högsta utbildning Du har genomgått. Kryssa för ett alternativ.*

- ☐ Folkskola, grundskola
☐ Folkhögskola/realskola, normalskolekompetens
☐ Gymnasial utbildning (inkl. yrkesutbildning)
☐ Postgymnasial utbildning/högskoleutbildning

5 Yrke

.....

6 Hur fick Du veta att det fanns stödgrupper?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7 Vad gjorde att Du ville börja i stödgrupp? *Välj ett eller flera alternativ.*

- ☐ Jag ville prata med andra som förstod
☐ Jag ville ha stöd i det som var viktigt för mig
☐ Jag kände mig annorlunda
☐ Jag ville ha alternativ terapi
☐ Jag hade skamkänslor
☐ Jag blev rekommenderad av andra
☐ Jag ville placera skulden där den skulle vara
☐ Jag hade skuldkänslor
☐ Det var kostnadsfritt
☐ Jag var ensam

Andra egna alternativ:

.....

8 Hur upplever Du Ditt förhållande till kvinnliga vänner?

- ☐ Bra
☐ Medelbra
☐ Dåligt
☐ Har inga

9 Hur upplever Du Ditt förhållande till manliga vänner?

- ☐ Bra
☐ Medelbra
☐ Dåligt
☐ Har inga

10 Hur upplever Du ditt förhållande till uppväxtfamiljen?

- ☐ Bra
☐ Medelbra
☐ Dåligt
☐ Har ingen uppväxtfamilj
☐ Har ingen kontakt

11 Hur upplever Du Ditt förhållande till Din partner?

- ☐ Bra
- ☐ Medelbra
- ☐ Dåligt
- ☐ Har ingen

12 Hur upplever Du Ditt förhållande till arbets-/studiekamrater?

- ☐ Bra
- ☐ Medelbra
- ☐ Dåligt
- ☐ Har inga
- ☐ Ingen kontakt

13 Minns Du vem förövaren/förövarna var?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

14a Om Du svarat Ja på föregående fråga – vem/vilka var förövaren/förövarna?

.....
.....
.....

14b Hur upplever Du kontakten med förövaren/förövarna?

- ☐ Bra
- ☐ Medelbra
- ☐ Dålig
- ☐ Ingen kontakt
- ☐ Förövaren avliden

15 Hur gammal var Du ungefär när övergreppet skedde/övergreppen började?

Ålder:
☐ Minns ej

16 Under hur lång tid pågick övergreppen?

Antal år:

- ☐ Har hänt vid ett enstaka tillfälle
- ☐ Minns ej

17 Berättade Du för någon om övergreppet/övergreppen?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Minns ej

Om Ja, vem berättade Du det för?

.....
.....
.....

18 Vågar Du säga Din mening, ge Din åsikt tillsammans med andra människor?

- ☐ Alltid
- ☐ Ofta
- ☐ Ibland
- ☐ Aldrig

19 Vågar Du komma med egna idéer och förslag?

- ☐ Alltid
- ☐ Ofta
- ☐ Ibland
- ☐ Aldrig

20 Kan Du ta emot en kram, en vänskaplig klapp på armen utan att känna att Du borde ge något tillbaka?

- ☐ Alltid
- ☐ Ofta
- ☐ Ibland
- ☐ Aldrig

(fortsätt gärna på baksidan)

31 Om det är något annat Du tycker är viktigt och vill tillägga får Du gärna göra det nedan.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(fortsätt gärna på baksidan)

**Ett varmt tack för att
Du tagit Dig tid att
besvara frågorna!**

Bilaga 2

Verbala markörer för skam

ALIENERAD: avvisad, dumpad, lämnad, sviken/övergiven, avsnäst, övergiven/lämnad, fjärrad/bortstött/bli främmande för, ensam, utan anhöriga, avståndstagande, tillbakadragen, avskild, hämmad/nedtryckt, avlägsen, splittrad/kluven, frånskild, polariserad.

FÖRVIRRAD: chockartad/förlamande, omtumlad/bedövd, tom/blank/uttryckslös, ihålig, vimmelkantig/yr/svindlande, vilsen, avslagen/andefattig/matt, tvekande, reserverad/otillgänglig, isolerad.

LÖJLIG: dåraktig/dum, dum i huvudet, fjollig, absurd, idiotisk, åsnelik, enkelriktad, godtrogen/enfaldig, konstig, knäpp, bisarr, underlig, annorlunda.

INADEKVAT: hjälplös, maktlös, försvarslös, svag, osäker, otrygg, blyg, otillräcklig/bristande/undermålig, ha det sämre/vara sämre, liten, misslyckad, ineffektiv, underlägsen, ovärdig, värdelös, fördärvad, trivial, men(ings)lös, otillfredsställande, osäker, beroende, blottad/oskyddad, inadekvat, inkapabel, sårbar, ömtålig, oförmögen, orimlig/befängd, opassande, impotent, förtryckt.

BESVÄRAD/OBEKVÄM: rastlös, nervös/orolig/oroande/ingen ro i kroppen, vara nervös, ger mig stora skälvan, skrajsen, skakis, spänd, ängslig/bekymrad, olustig/olustkänsla, illa till mods, förlägen, hoppig/lättskrämd, darrig, hyperaktiv.

SÅRAD: förolämpad, kränkt, förnärad, ta illa upp, upprörd, sårad, skadad, förstörd, känslig, öm punkt, som ett brev på posten, som att trycka på en knapp, modfälld, nedstämd, skrämd, terroriserad, hotad, besegrad.

Andra verbala markörer för skam:

Förmildrande uttryck för att få något att verka mindre allvarligt eller smärtsamt, indirekt tal, förtäckt tal, vaghet, att tala om ”dom”, ”det” och ”man”, förnekande, försvarsinställning, att dra sig tillbaka verbalt, inte ge några svar, likgiltighet/oberördhet i en känslig kontext.

Egen översättning från Suzanne M. Retzinger.