

”Jeg har haft sex med en mand, jeg ikke kender!”

**Af Annalise Rust
Psykolog, Center for Voldtægts ofre
Rigshospitalet**

Har man været udsat for et seksuelt overgreb, vil man være bange for kønssygdomme og graviditet. Den første tanke vil ofte være at kontakte sin læge for at få hjælp. Måske fortæller man slet ikke lægen, hvad der er sket.

Følgende historie viser betydningen af at være opmærksom på at spørge ind til hændelsen for at sikre, at kvinden hurtigt får den hjælp og støtte, hun har brug for.

Lotte var bange for, at hun havde fået en kønssygdom

Lotte er 28 år. Hun mødes en fredag aften med en veninde. De spiser sammen og deler en flaske vin. Senere på aftenen beslutter de at gå ud og tage en drink på en bar i nærheden. Der er mange mennesker i baren, og mens de venter på at komme til, er der en mand, der begynder at snakke med dem. De når frem til at bestille drinken, som hurtigt står klar på bardisken.

Lotte nipper til sin drink. Manden er der stadig, og de står i baren og snakker. Det eneste, Lotte senere vagt husker, er, at hun kom væk fra sin veninde og fulgtes med en anden mand til en anden bar. Hen på eftermiddagen næste dag vågner hun nøgen i en fremmed lejlighed med svær hovedpine og kvalme. Den fremmede mand, der også er i lejligheden, tilbyder at køre hende hjem. Undervejs spørger hun, om de har haft sex, hvilket manden bekræfter.

Da Lotte ringer til veninden, får hun at vide, at veninden heller ikke kan huske store dele af aftenen. De beslutter sig for at underrette politiet, som lytter til historien, men ellers ikke foretager sig noget. Om mandagen går Lotte på arbejde, men føler sig skidt tilpas. Hun prøver at ringe til sin læge, som hver gang er optaget. Først efter nogle dage lykkes det hende at komme igennem, og hun får at vide, at hun kan få en tid om to uger. Det lykkes hende ved at presse på at få en tid sidst på ugen. Hun fortæller lægen, at hun tror, at hun har fået noget i sin drink og har haft sex med en mand, hun ikke kender. Lægen foretager prøvning for kønssygdomme.

Da Lotte i de følgende dage får det tiltagende dårligere psykisk, ringer hun igen til lægen og beder om en henvisning til psykolog. Lægen giver hende en liste over privatpraktiserende psykologer, som har sygesikringsoverenskomst. Da Lotte kontakter nogle af dem, kan hun tidligst få en tid tre måneder senere og opgiver.

Ti dage efter har Lotte det så dårligt, at hun ikke tør være alene og heller ikke kan færdes alene ude. Da får hun en opringning fra én, der via fælles bekendte, har hørt om det, der er sket. Denne oplyser, at der på Rigshospitalet findes et Center for Voldtægts ofre, hvor Lotte kan søge hjælp. Lotte ringer straks til centret og får tid hos læge og sygeplejerske samme dag.

Lotte får taget prøver til HIV og Hepatitis B undersøgelse. Hun bliver gynækologisk undersøgt og får at vide, at hun ikke har Klamydia eller Gonorré. Graviditetstesten er også negativ.

Hun får tid til opfølgning på de prøver, der er taget og får en tid hos centrets psykolog dagen efter. Lotte er interesseret i at gøre noget mere ved politianmeldelsen, og lægen hjælper hende med at kontakte politiet, som indvilliger i at afhøre Lotte.

Lotte indser, at hun ikke er i stand til at passe sit arbejde, og lægen udfærdiger en sygemelding.

Center for Voldtægts ofre i København åbnede i 2000

Der gik 11 dage, før Lotte fik den hjælp, hun havde brug for. Hverken politi eller hendes egen praktiserende læge havde gjort hende opmærksom på, at der findes et Center for Voldtægts ofre på

Rigshospitalet, hvor man kan modtage gratis undersøgelse og behandling lige efter et seksuelt overgreb.

Centret modtager kun akutte henvendelser, så i virkeligheden havde Lotte overskredet denne tidsgrænse med mange dage.

Centret åbnede 1. marts 2000, som et gratis tilbud til kvinder og mænd, der har været udsat for voldtægt eller voldtægtsforsøg.

Af hensyn til sporsikring og profylaktisk behandling anbefales henvendelse så hurtigt som muligt efter overgrebet, helst indenfor 48 timer.

Centret har modtaget over 1100 henvendelser, heraf dog kun 12 mænd.

Centret er placeret på en akut gynækologisk afdeling, hvor man kan henvende sig døgnet rundt. Personalet består af sygeplejersker, læger, socialrådgivere og psykologer, og al undersøgelse og behandling foregår samme sted.

Ved oprettelsen af Center for Voldtægts ofre blev der lagt stor vægt på, at offeret ikke skulle være opsøgende, men at den tværfaglige ekspertise skulle være tilgængelig på stedet.

Der er mulighed for at offer og pårørende kan overnatte på centret, hvis der er brug for det.

Henvendelse til Center for Voldtægts ofre på Rigshospitalet er ikke betinget af anmeldelse, og det var et håb med etablering af centret, at flere af de såkaldte "skjulte" voldtægter, ville komme frem i lyset: At de, der har behov for den hjælp og støtte, som centret kan tilbyde, også vil opsøge den. Det er endog muligt at henvende sig anonymt.

Spørgsmålet om anmeldelse kan være en svær beslutning at træffe. Der indgår ofte mange overvejelser og hensyn hos et voldtægts offer, før beslutningen træffes, især hvis overgrebet er begået af én, man kender i forvejen (Rust, 2005).

Center for Voldtægts ofre råder ikke offeret med hensyn til politianmeldelse, men man kan få hjælp og vejledning, hvis man ønsker det, og skal der foretages sporsikring, vil en retsmediciner blive tilkaldt. De retsmedicinske prøver består af blod- og sekretprøver samt negleskrab.

Faggruppernes daglige arbejde i Center for Voldtægts ofre

Arbejdet i centret er tværfagligt koordineret med udgangspunkt i den enkeltes behov for undersøgelse og behandling. Tværfagligheden har den store fordel, at der stort set ingen ventetid er i viderevisitering og igen, at ofrene ikke selv skal være opsøgende. Det betyder også, at ofrene ikke belastes unødigt ved at skulle gentage deres historie for flere.

Sygeplejerskens arbejde

Man kan ringe til en sygeplejerske i Center for Voldtægts ofre på et hvilket som helst tidspunkt af døgnet for at få hjælp. Sygeplejerskens opgave er her at finde frem til og sikre, at den bedste hjælp kan igangsættes så hurtigt som muligt, f.eks. at motivere et voldtægts offer til at tage imod tilbuddet om undersøgelse og behandling på centret.

Sygeplejerskens vigtigste opgave, når et voldtægts offer kommer til centret, er at yde psykisk førstehjælp. Det kan dreje sig om at sikre tryghed og ro både i forhold til undersøgelse og behandling på centret, men også i forhold til, hvad offeret kan have brug for generelt i den akutte situation. En vigtig funktion er at give let forståelig information både mundtligt og skriftligt i form af pjecer til offeret selv og pårørende.

Under den lægelige undersøgelse er sygeplejerskens opgave at støtte offeret og sikre, at undersøgelsen foregår så skånsomt som muligt (Nielsen, 2004).

Den lægelige undersøgelse og behandling

Ofrene bliver undersøgt for fysiske skader, og de kvindelige ofre får tilbudt en gynækologisk undersøgelse med podning for seksuelt overførte sygdomme. Alle får tilbudt relevant forebyggende medicinsk behandling og kan komme til én eller flere opfølgende undersøgelser og behandlinger hos gynækologen (Sidenius, 2004).

Socialrådgiverens arbejde

Socialrådgiveren i centret kan først og fremmest med sin ekspertise indenfor sociallovgivningen tilbyde hjælp og støtte i forhold til de akutte sociale følger af overgrebet. Det kan dreje sig om økonomiske problemer på grund af indtægtssvigt, f.eks. fordi man i en periode er nødt til at sygemelde sig. Det kan dreje sig om boligforhold: Er overgrebet blevet begået i ens egen bolig, kan det betyde, at man midlertidigt eller permanent må opholde sig et andet sted. Også mere omfattende konsekvenser i forhold til erhverv, uddannelse og familieforhold kan være følger, man har brug for hjælp til at mindske. En væsentlig del af det sociale arbejde foregår i samarbejde med andre offentlige myndigheder, hvoraf offerets hjemkommune er den vigtigste (Haansbæk og Uddin, 2004).

Det psykologiske behandlingstilbud

Forskningen viser (Hallmann, 1997), at en stor del af ofre for seksuelle overgreb risikerer at få alvorlige og langvarige fysiske og psykiske mén efter overgrebet. Et af de overordnede mål med den tværfaglige behandling i Center for Voldtægtsofre er at undgå disse invaliderende langtidsvirkninger.

Derfor anses det for væsentligt at iværksætte et psykologisk behandlingstilbud så hurtigt som muligt efter det seksuelle overgreb.

Henvisningen til psykolog fungerer i praksis sådan, at modtageafdelingen, bestående af læge og sygeplejerske, disponerer over "akuttider" ved nye henvendelser, så kontakten til psykologen kan etableres samme dag eller første hverdag efter en weekend.

Med udgangen af 2003 havde ca. 500 kvinder og 10 mænd modtaget psykologisk behandling umiddelbart efter det seksuelle overgreb (Guldberg og Rust, 2004). Det er forskelligt, hvor længe man har brug for psykologkontakt (Rust, 2001). Udgangspunktet er at tilbyde den behandling, den enkelte har behov for, og der lægges vægt på, at man også efter afsluttet behandling kan henvende sig igen, hvis man får brug for det. Det giver tryghed, og en del benytter sig af tilbuddet, hvis der sker noget for dem senere, der kan aktivere reaktioner fra overgrebet. Et menneske i en akut krisesituation har et særligt behov for den tryghed, der ligger i, at hun, når hun først har taget imod tilbuddet om psykolog, så er sikret, at hun kan blive hos denne "i tilstrækkelig lang tid" til, at overgrebet kan blive bearbejdet. Denne tryghed har meget stor indflydelse på, om hun synes, at det er "kræfterne værd" at åbne op for, hvordan hun har det.

Den psykologiske behandling medfører, som for centrets øvrige medarbejdere, en del koordinering og samarbejde med andre involverede instanser som politi, advokater, social- og sundhedsforvaltning, arbejdsgivere, skoler og andre instanser.

Voldtægt forties

Erfaringen fra tidligere har været, at kun få voldtægtsofre selv har opsøgt psykologisk behandling (Hallman, 1997; Hazelwood & Burgess, 2001). F.eks. viser en undersøgelse fra 1994 (Mehlbye & Laurents), at ofre for voldtægt kun udgjorde 3 % af dem, der benyttede henvisningsmuligheden til psykolog via den offentlige sygesikringsordning. Egenbetalingen på en tredjedel af honoraret kan

have en betydning, men som i Lottes tilfælde, hvor det var meget svært i det hele taget at komme igennem til lægen og få en tid til konsultation, ville de fleste opgive. Et voldtægtsoffer har været udsat for en meget voldsom, traumatiserende oplevelse, som oven i købet oftest er forbundet med følelser af skyld og skam. Det betyder, at hun slet ikke er i stand til at opsøge hjælp, slet ikke kan handle, og helst bare vil glemme, hvad der er sket. Den voldtægtsramte vil ofte skjule voldtægten og ikke fortælle om den selv til nære venner og familie (Pitts & Schwartz, 1997).

I 1985 til 1989 blev der på Rigshospitalet etableret et samarbejde mellem Retsmedicinsk Institut og Psykiatrisk afdeling O, hvor der blev tilbudt gratis psykologkontakt i forbindelse med anmeldt voldtægt eller voldtægtsforsøg.

En opgørelse lavet af de psykologer, der var tilknyttet ordningen viser for årene 1985 - 87, at 20 % af kvinderne tog imod tilbuddet om psykologisk behandling (Echstrøm m. fl., 1993). Kvinderne skulle selv tage kontakt til psykologen.

I Center for Voldtægts ofre har mellem 50 og 60 % modtaget psykologisk behandling efter overgrebet. Dette kan tolkes som et udtryk for, at de rutiner, der er udviklet med psykologen som en del af det faste team har været hensigtsmæssige. Af de, som ikke har modtaget hjælp i centret, har nogle allerede inden overgrebet været i et psykiatrisk eller psykologisk forløb andetsteds, eller er blevet henvist til anden eller supplerende behandling uden for centret. Det er få, der har haft kontakt med centret, der ikke er blevet sikret en form for opfølgende behandling.

Voldtægt – et psykisk traume

Frem til midten af 70'erne, da kvindebevægelsen tog fart, betragtede man voldtægt som en seksuel oplevelse, mange kvinder ubevidst ønskede sig (Carstensen et al., 1981). Der blev ikke talt meget om voldtægt. Man havde stereotype opfattelser af, hvilke kvinder, det var, der blev voldtaget. Opfattelsen var, at de ofte selv var skyld i det gennem deres adfærd, påklædning, uforsigtighed, og havde kvinden været beruset, havde hun sandelig selv været ude om det. Det, man tidligere forestillede sig om en voldtægt, var noget, der som regel skete om natten på et øde sted, hvor en sexhungrende vildfremmed mand sprang på det første offer, han spontant stødte på. "Pæne piger" blev ikke voldtaget.

I dag ved vi

- at de fleste voldtægter sker i ens eget hjem eller hos nogen, man kender (50 % ifølge Center for Voldtægts ofre, 2004), og
- at de fleste overgribere er nogen, man har en vis relation til på forhånd (75 % ifølge Center for Voldtægts ofre, 2004). Vi ved,
- at en voldtægt kan ramme alle uanset alder, men
- at risikoen er størst, hvis man er yngre kvinde. Knap 65 % af henvendelserne i 2004 drejede sig om kvinder under 25 år. (ibid.). Centret undersøger børn ned til 12 år.

Vi ved også, at en voldtægt ofte er en voldsom hændelse, der griber dybt ind i ens tilværelse, og at eftervirkningerne kan være langvarige og dybtgående.

Ud over de fysiske læsioner og eftervirkninger, der kan være af en voldtægt eller et voldtægtsforsøg viser undersøgelser (Dahl, 1993; Herman, 1995), at overgrebet altid er en trussel mod fysisk integritet, og af de fleste opleves som en livstruende situation (iflg. Dahl: 79 %), der udløser angst og frygt, som gør, at ofrene har behov for psykosocial støtte og behandling. Der er tale om en traumatisk oplevelse, hvor næsten alle vil føle sig overvældede og ude af stand til at benytte deres normale beredskab til beskyttelse af sig selv. Dette gælder også, når man udsættes for overfald af anden art eller rammes af andre former for ulykker eller katastrofer, hvor man bliver "rystet i sin grundvold" (Rust, 2003). For både mænd og kvinder peger flere undersøgelser på, at voldtægt synes

at være den traumatiske hændelse, hvor sandsynligheden for at udvikle efterfølgende PTSD (Post Traumatisk Stress Disorder) (DSM-IV, 1994; WHO ICD-10,1994) er størst (Gavranidou, 2001).

Hvornår bliver en traumatisk hændelse traumatisk?

Det gør den, når man mister følelsen af sikkerhed, tryghed, tillid i den omgivende verden, til andre mennesker, til værdier og til sig selv (Rust, 2003).

En voldtægt adskiller sig fra de fleste andre traumatiske hændelser ved, at det er ens krop, der bliver invaderet.

Voldtægt er en seksuel invasion af kroppen

Voldtægt er en trussel mod fysisk integritet. Derfor ser man også et forhøjet fysiologisk aktivitetsniveau som en eftervirkning: Kroppen er enormt anspændt; parat til "kamp – flugt"; Man farer sammen; åndedrættet er besværet og hektisk. Der ses koncentrationsbesvær, søvnbesvær og ekstrem træthed. Spiseforstyrrelser er hyppigt forekommende.

Mange voldtægtsofre har oplevet dødsangst i forbindelse med overgrebet, uanset om deres liv reelt har været i fare. Det er den totale fysiske og psykiske invasion, som en voldtægt er, der giver denne følelse. Når man udsættes for en livstruende situation, vil den almindelige vågne bevidsthed ofte kobles fra og mere instinktive reaktionsmønstre tage over: De basale overlevelsesinstinkter i form af kamp, flugt, "fastfrysning" bliver vakt (Rotschild, 2000). Der er en analogi mellem menneskers og dyrs forsvar, når man konfronteres med en alvorlig trussel. Dyr, der jages som bytte, prøver at flygte, hvis de ikke kan kæmpe mod forfølgeren. Lykkes flugten ikke, kan de "lægge sig døde" for derved som en sidste udvej at undgå at blive ædt. Det svarer til den "fastfrysning", man ser hos mennesket, og som medfører, at man ikke yder modstand mod overgrebet (Rust, 2005). Det, man også ser hos dyr, der er bytte, er en ændring i spisemønstre (Vanderlinden & Vandereycken, 1997). De holder op med at spise, og ind imellem indtager de hurtigt store mængder føde. Fødeabstinensen tillader dyret at give fuld opmærksomhed til den åbenlyse fare, mens overspisningen kompenserer for tab af kropsvægt. Hos de ofre, der har været i behandling på Rigshospitalets Center for Voldtægtsofre, har det været overraskende, hvor hyppigt, der er opstået spiseforstyrrelser i kølvandet af voldtægten. Det har oftest været bulimilignende symptomer: Spiseophør vekslende med at proppe sig med mad, og ikke sjældent efterfulgt af opkastning. Som det vil fremgå, ændrede også Lottes spise-mønstre sig.

Når man udsættes for en meget stressfyldt oplevelse, som en voldtægt, kan man tale om, at der sker en "prægning" (imprinting) (Lorenz, 1952), der sætter sig direkte i krop og følelser, dybt i organismen. Det indebærer, at man efterfølgende vil opleve, at bestemte "triggere" eller "cues" kan genvække traumet. Bare et lille aspekt af det, der var forbundet med det oprindelige traume, kan give personen en oplevelse af at være i situationen igen. Dette fænomen benævnes ofte som "flashbacks." Det kan være noget i én selv, der trigger (f.eks. fornyet stress, kropsfølelser, følelser af afvisning) eller noget ydre (f.eks. at færdes alene, seksuelle stimuli, sansemæssige stimuli som berøring, lugte, lyde, belysning).

En politiafhøring og en lægeundersøgelse efter en voldtægt kan også have en retraumatiserende effekt.

Voldtægt er en seksuel ydmygelse

Eftervirkningerne er følelser af skyld og skam, som er meget fremtrædende hos voldtægtsofre og en af grundene til, at det ofte forties. Et seksuelt overgreb kan gribe dybt ind i ens selvopfattelse og selvværd.

Voldtægt medfører følelser af magtesløshed og hjælpeløshed

Voldtægten kan give én en følelse af at være som et lille barn igen; et barn, der bliver gjort fortræd og ikke kan tage vare på sig selv. Omverdenen kan opleves som truende, og man har ikke kontrol over sine egne reaktioner. En voldtægt kan gribe dybt ned i personlighedens basale strukturer, så man kan have brug for igen at mærke den oprindelige tryghed og sikkerhed, som man fik som lille barn hos sine forældre.

Voldtægt medfører ændringer i bevidsthed

Der kan ske et sammenbrud i evnen til at tænke (Christiansen, 1997). Det er følelser og sansesmæssige indtryk, der huskes tydeligst efter et traume: Angsten, smerten, dufte, lyde, kropsfornemmelser. Personen kan have svært ved at gengive hændelsesforløbet, fordi det netop ikke huskes som et samlet hele. Oplevelsen kan være så voldsom, at personen har "glemt" alt eller dele af det, der er sket. Det kan være en beskyttelsesreaktion mod de stærke følelsesmæssige påvirkninger. Det, der er for overvældende, skubbes ud af bevidstheden. (Hilgard, 1977). Et betydningsfuldt element i helingen er at få styr på hændelsesforløbet, så man ved, hvad man skal forholde sig til. Man skal huske for at glemme.

Hverdagen forandres

En voldtægt kan være et vendepunkt i ens liv, som kan medføre store omvæltninger i hverdagen. Man har brug for hurtigt at komme videre og lægge det bag sig, men oplever stor afhængighed af ventetid i andre systemer, bl.a. retssystemet. Som én sagde: *"Jeg ville ønske, at jeg kunne samle det hele i én blok og så gå i gang med den fra en ende af."* For hende medførte voldtægten, at hun måtte skifte både job og bolig.

Det er vigtigt i behandlingen at inddrage både det, der er reaktioner hos offeret på selve overgrebet, men også de følger, overgrebet får. En 16-årig udtrykte det på denne måde: *"En voldtægt er jo ikke bare det, der skete, men alt det, der sker med én bagefter."*

Det kan være meget psykisk belastende at skulle ud i sin hverdag igen med voldtægten prentet i ansigtet. Alle velkendte situationer kan opleves anderledes, fordi man nu opfatter mange ting anderledes, og også synet på én selv kan have ændret sig. Det kan være nødvendigt at sygemelde sig i en kortere og længere periode på grund af de psykiske følgevirkninger. Man kan blive nødt til at forlænge sin uddannelse, fordi man ikke kan koncentrere sig om undervisning og eksamenslæsning. Er voldtægten sket i ens eget hjem, kan man være nødt til at flytte til anden bolig. En voldtægt kan også være en ikke ubetydelig økonomisk belastning for ofret.

Det sociale netværk

Det vigtigste for en helingsproces kan ofte være den støtte, hjælp og forståelse, man får i sin hverdag. For pårørende og andre kan det være meget svært at have med den voldtægtsramte at gøre, dels fordi de selv er dybt chokerede over det, der er sket. Dels fordi de er meget bange for at komme til at gøre noget forkert i forhold til offeret, så hun får det dårligere. Det kan være nødvendigt, at pårørende i den første tid efter voldtægten stiller sig til rådighed 24 timer i døgnet, fordi offeret ikke kan være alene. Den hjælpeløshed og magtesløshed, som offeret har oplevet under overgrebet kan have medført en spontan aldersregression: Man føler sig igen som et lille barn, der ikke kan tage vare på sig selv, ikke kan kontrollere sine reaktioner og følelser, og derfor har brug for, at andre, som man er tryk ved, i en periode, yder beskyttelse mod en omverden, som man oplever som truende. Mange fortæller, at de uanset alder har følt et stort behov for deres forældres omsorg og nærvær igen. Har man ikke eller har man ikke haft forældre, der kunne give denne omsorg og beskyttelse, opleves savnet af dem på ny.

Overgrebet kan også medføre isolation og stigmatisering: En 67-årig kvinde oplevede omgivelsernes reaktion overfor hende som værre end det voldtægtsforsøg, hun havde været udsat for. Ingen troede på hende, og hun blev udelukket fra de sociale sammenhænge, hun var i. Hun oplevede det som endnu et overgreb, en sekundær viktimisering (Christiansen, 1997).

Selv om man har følt stor omsorg og forståelse fra andre efter voldtægten (Dyregrov, 1994), så synes der ofte at være en grænse for, hvor længe man kan tillade sig at have det dårligt.

Den psykologiske behandling

Psykoledens overordnede rolle er at støtte, skabe balance og strukturere. Den psykologiske behandling må tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte persons behov. Efter en voldtægt føler man sig ydmyget, ude af kontrol, og mange tror, at de er ved at blive sindssyge, fordi de slet ikke kan genkende sig selv.

Der spørges ikke ind til overgrebet ved den første kontakt, men nogle fortæller spontant om det. Det er vigtigt, at offeret kan mærke psykologens respekt for hende som medmenneske. Psykologen skal ikke tage over, men appellere til de gode, sunde, stærke dele af hende: *"Du er stadigvæk den, du er. Det her er sket. Du har mistet balancen og kan ikke genkende dig selv, men du må være tolerant overfor dig selv. Giv dig tid og lov til at sætte alting lidt i stå for at finde fundamentet igen og genvinde kontrol og styring med dig selv og dit liv."*

Det drejer sig i det første møde om at skabe en tillidsfuld kontakt, så offeret får mod og tro på, at hun kan gennemarbejde de følelsesmæssige aspekter af traumet.

Lottes kontakt med psykologen

Da Lotte kom til psykologen, var hun meget chokeret over det, hun havde været udsat for, men hun havde været usikker på, hvordan hun skulle forstå sine reaktioner. Hun havde svært ved at se på det, der var sket, som et overgreb og var tilbøjelig til selv at påtage sig skylden. Hun mente, at årsagen til, at læge og politi ikke havde henvist hende til centret var, at hun jo ikke specifikt havde sagt, at hun var blevet voldtaget. Den lange ventetid før hun kom i behandling havde forstærket hendes symptomer, og hun følte sig svigtet af det hjælpesystem, hun hidtil havde haft tillid til. Lotte opfattede sig selv som en person, der almindeligvis havde meget kontrol og struktur på sin tilværelse. Siden hændelsen havde hun mest været hjemme hos sig selv. Hun havde det bedst, når hun var alene i sin lejlighed og kunne putte sig under dynen.

Hun sov meget; var meget træt og var begyndt at overspise: et mønster, hun kendte hos sig selv, når hun var stresset. Lotte havde haft sex med sin kæreste siden hændelsen og havde under akten haft flashbacks til det, hun nu opfattede som et seksuelt overgreb.

Registrering af kropslige eftervirkninger og forløsning af disse

En person, der er i chok, er i trance. En traumatisk oplevelse er ofte ordløs (Van der Kolk, 2000). Det er følelser som angst og smerte og sansemæssige indtryk, der sætter sig stærkest fast efter en voldtægt. Det er der, overgrebet mærkes, og derfor er det også der, man ofte må tage udgangspunkt i behandlingen (Rossi & Cheek, 1995). Til forløsning af det psykofysiologiske alarmberedskab kan en registrering af dette og en fokusering på fordybelse af åndedræt og afspænding af kropsmuskulaturen være det første skridt mod en heling. Efter en voldtægt kan det være meget ubehageligt og følelsesmæssigt smerteligt for offeret at mærke sin krop igen. Man kan have en følelse af at være i krig med sin egen krop, som man er blevet frataget gennem voldtægten og nu må generobre for at undgå senere forstyrrelser af kropsbilledet.

Lotte havde svære følelsesmæssige og kropslige reaktioner på at have været udsat for et seksuelt overgreb: Hun følte sig enormt anspændt i hele kroppen og følte, at hun havde en stor knude i brystet.

Orientering til offer og pårørende om reaktioner

En central del i behandlingsarbejdet er inddragelse af pårørende ud fra erfaringen, at den støtte og omsorg, den voldtægtsramte har i hverdagen er af største betydning for, hvordan hun får det efterfølgende.

Ikke blot offeret selv, men også familie, partner, venner og andre i omgangskredsen risikerer traumatisering efter overgrebet. De kan føle sig skræmte, magtesløse og skyldige over, at de ikke har kunnet forhindre voldtægten. Det kan være en stor lettelse for offeret selv, at der bliver taget hånd om de pårørende. Hun har ofte stor skyldfølelse i forhold til den belastning, hun føler, at hun med voldtægten pålægger dem, hun holder af. På den anden side er det vigtigt, at den voldtægtsramte fortæller om voldtægten til de nærtstående, hun har brug for er til rådighed som støtte. Flere pårørende har beskrevet, at de efter voldtægten har haft brug for at tale med andre om de tanker og følelser, voldtægten har vakt i dem, og nogle har haft brug for professionel hjælp for selv at kunne genvinde ligevægten.

Det ville være ønskeligt, men er ikke muligt med de nuværende ressourcer i centret at imødekomme de pårørendes behov for støtte og behandling. Pårørende til voldtægts ofre burde i lighed med ofrene selv være omfattet af sygesikringsordningen med mulighed for henvisning til privat praktiserende psykolog via egen læge.

En vigtig del er at give både offer og pårørende en generel orientering om, hvilke reaktioner, der er almindelige under og efter en traumatisk oplevelse, så de får en forståelse af, at reaktionsmønstret er ”normalt”, at andre har det på samme måde, og at de indenfor to-tre måneder vil genfinde en balance. Der kan være store følelsesmæssige svingninger og over-reaktioner af vrede og opfarethed. Man kan reagere kraftigt på den mindste krænkelse.

Lotte tog til sine forældre et par dage efter overgrebet og havde forældrene med til en samtale med psykologen, hvor de fik givet udtryk for deres egne følelser og fik råd og vejledning om, hvordan de kunne støtte deres datter og hinanden bedst.

Lotte oplevede, at et par veninder havde svigtet efter overgrebet, og især var det hårdt for hende, at hendes bedste veninde ikke havde levet op til hendes forventninger.

En måned efter overgrebet forsøgte Lotte at genoptage sit arbejde, men måtte igen sygemelde sig. Selv om hun syntes, at hun havde fået det bedre og kunne trække vejret lettere, var hun stadig rastløs, ukoncentreret og ked af det. Hun var fortsat meget træt og sårbar.

To måneder efter overgrebet kunne hun ikke holde ud at blive ved med at have det så dårligt. Hun var fuldstændig udmattet og følte sig meget sårbar, også i sociale sammenhænge. Hun havde svært ved at koble det, der var i hovedet sammen med de følelser og kropslige reaktioner, hun havde.

Lotte var sygemeldt i tre måneder og først efter fire måneder, følte hun, at hun kunne fungere tilfredsstillende igen. Hun oplevede dog sig selv som mere sårbar overfor kritik og tvivl i forhold til, om hun ”var god nok.”

Psykologisk gruppebehandling til de unge

De helt unge voldtægts ofre mellem 13 og 16 år tilbydes behandling i gruppe. Baggrunden for dette er den erfaring, at de unge, der har henvendt sig til Center for Voldtægts ofre, ofte ikke ønskede psykologkontakt, og de, der fik kontakten, følte sig presset til det af forældre eller andre. Når kontakten lykkedes, var psykologens vurdering endvidere, at de unge ikke syntes at profitere i så tilstrækkelig grad af den individuelle behandling som de, der var ældre. Et centralt tema i den

individuelle psykologbehandling af de unge har været angsten for at blive udelukket fra kammeratgruppen. De unge syntes at have et stort behov for at dele deres oplevelser med andre jævnaldrende og ofte ønskede de, at veninder var med ved psykologsamtalerne.

Gruppebehandlingen påbegyndtes oktober 2001 og foreløbig har 40 piger taget imod tilbuddet. Behandlingen indgår som den centrale del af et treårigt forskningsprojekt mellem Center for Voldtægts ofre og Teamet for Seksuelt Misbrugte Børn på Rigshospitalet. Projektet modtager økonomisk støtte fra Velux-fonden, Sygekassernes Helsefond og Det Kriminalpræventive Råd.

Unge reaktioner på voldtægt

Ungdomsårene, hvor barnet udvikler sig til at blive voksen, er i forvejen en meget udsat og sårbar periode fysisk, psykologisk og socialt (Israelsen, 1983).

Den generelle erfaring vedrørende børn og unge, der har været udsat for seksuelt misbrug eller voldtægt er, at de har en særlig risiko for at udvikle psykiatriske forstyrrelser, spiseforstyrrelser og selvmordsadfærd (Vanderlinden & Vandereycken, 1997; Trowell & Kolvin, 1999).

For en del af pigerne er voldtægten den første seksuelle oplevelse med det andet køn, og de har således ikke noget sammenligningsgrundlag. Derfor forstår de måske ikke den fulde betydning af det, de har været udsat for. Der kan være risiko for at overse behandlingsbehovet hos den unge, fordi hun måske hurtigt genoptager sin normale hverdag og udadtil fremstår som forbavsende upåvirket af det seksuelle overgreb (Rust et al., 2003; Rust, 2004).

Integration af overgrebet i personligheden.

En voldtægt ændrer ens selvopfattelse og opfattelsen af andre. Den medfører forandringer, men ikke nødvendigvis til noget dårligere (Rust, 2001). Selv om en voldtægt er meningsløs, er man nødt til at finde en mening med den, at skabe en ny balance mellem krop og sind; mellem sanser, intellekt og følelser. Der kan være brug for hjælp til at udvikle et nyt mentalt skema til forståelse af det, der er sket.

Lotte beskriver det således: *"Det var som om hele min hverdag blev forandret. Alting trængte sig ind på mig på en anden måde. Jeg var forandret, og derfor oplevede jeg også verden som forandret. Jeg vil vise mig selv, at jeg kan komme igennem det. Jeg er klar over, at jeg ikke vil have, at det skal gøre mig ulykkelig. Det må ikke blive omdrejningspunktet i mit liv. Alligevel ved jeg ikke, hvad jeg skal gøre med det. Det er som om, der er kommet en ny brik ind i mig, som skal sættes sammen med de andre; men jeg ved ikke, hvilken vej den skal vende, for den må ikke vælte det hele. Det er svært at bygge den del ind i resten af min hverdag. Det er svært at kombinere noget, der er meningsfuldt og noget, der er meningsløst med hinanden."*

Litteratur:

Carstensen, G., Kongstad, A., Larsen, S., Rasmussen, N. (1981). Voldtægt – på vej mod en helhedsforståelse. Delta A/S.

Christiansen, S. (1997). Traumatiske erindringer. Hans Reitzels Forlag.

Dahl, S. (1993). Rape-A Hazard to Health. Universitetsforlaget AS, Oslo.

DSM-IV. APA 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Dyregrov, A. (1994) Katastrofe psykologi. Dansk Psykologisk forlag, København.

Echstrøm, D., Welner, N., Helweg-Larsen, K. og Theilgaard, A.. En undersøgelse af akutte og sene følger efter voldtægt og voldtægtsforsøg. Rapport til Sundhedsstyrelsens sundhedspulje 1993.

Gavranidou, M. (2001) Gender specific reactions to trauma. Symposium givet på 1st World Congress on Women's Mental Health, Berlin 27.-31. Marts 2001.

- Guldberg, A. og Rust, A. (2004) Psykologens arbejde. Status 2000-2004 & Årsrapport 2003, Center for Voldtægtsofre, Rigshospitalet, Hovedstadens Sygehusfællesskab.
- Hallmann, H. (1997). Tilbydes voldtægtsofre i Danmark en psykologisk hensigtsmæssig behandling? *Psykologisk Skriftserie*, Aarhus Universitet, vol. 22(1).
- Hazelwood, R.R. & Burgess, A.W. (eds.) (2001) *Practical Aspects of Rape Investigation. A Multidisciplinary Approach*. Third Edition. CRC Press. New York.
- Haansbæk, T. og Uddin, K.M. (2004) Socialrådgiverens arbejde. Status 2000-2004 & Årsrapport 2003, Center for Voldtægtsofre, Rigshospitalet, Hovedstadens Sygehusfællesskab.
- Herman, J. L. (1995) *I voldens kølvand. Om psykiske traumer og deres heling*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Hilgard, Ernest R. (1977) *Divided Consciousness: Multiple controls in human thought and action*. John Wiley & Sons, New York.
- Lorenz, K. (1952). *King Solomon's ring*. Crowell. New York.
- Mehlbye og Laurents (1994). *Forskningsnyt i Dansk Psykolognyt* nr. 15, 2000.
- Nielsen, H. (2004) Sygeplejerskens arbejde. Status 2000-2004 & Årsrapport 2003, Center for Voldtægtsofre, Rigshospitalet, Hovedstadens Sygehusfællesskab.
- Pitts, V.L. & Schwartz, M.D. (1997) *Self-Blame in Hidden Rape Cases* (I Schwartz, M.D. (ed.) (1997) *Researching Sexual Violence against Women. Methodological and Personal Perspectives*. Sage Publications, Inc.
- Rossi, E. L. & Cheek, D. B. (1995). *Mind – Body Therapy. Methods of Ideodynamic Healing in Hypnosis*. Norton, New York.
- Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. Norton and Co., New York.
- Rust, A. (2001). *Psykologfunktionen ved Center for Voldtægtsofre. Årsrapport 2000*, Center for Voldtægtsofre, Rigshospitalet.
- Rust, A. (2003) *Voldtægt – et psykisk traume i Dansk Forening for Kvinderet: Retsbeskyttelse for den krænkede – retssikkerhed for gerningsmanden*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Rust, A., Jørgensen, B. & Stage, I. (2003) *Voldtægt – og hvad så? Ungdomsforskning nr.1: Unge og Kriminalitet*. Center for Ungdomsforskning, Roskilde Universitetscenter.
- Rust, A. (2004) *Hjælp til at komme videre*. i Bryld, T., Haansbæk, T., Madsen, K.S., Rust, A., Sidenius, K., Strange, M. *I lyst og vold – om unge og voldtægt*. Gyldendal.
- Rust, A. (2005) *Voldtægtsofres begrundelser for ikke at politianmelde*. *Retfærd*. Nordisk Juridisk Tidsskrift.
- Selye, H. (1978). *The Stress of Life*. McGraw Hill, New York.
- Sidenius, K. og Hilden, M. (2004) *Gynækologens arbejde. Status 2000-2004 & Årsrapport 2003*, Center for Voldtægtsofre, Rigshospitalet, Hovedstadens Sygehusfællesskab.
- Trowell, J.A. et al (1999) *Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: A North London study*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 8 pp. 107-116.
- Van der Kolk, B. A. (2000) *The Assessment and Treatment of Complex PTSD*. The 2nd Glostrup Seminar on Trauma: Understanding, Prevention and Healing. 29.-30. juni 2000.
- Vanderlinden & Vandereycken (1997). *Trauma, Dissociation, and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. Brunner/Mazel, Inc.
- WHO ICD-10, (1994) *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og Diagnostiske kriterier*. Munksgaard.

