

SARAPROJEKTET

Om kvinnor
som utsatts för institutionaliserat sexuellt våld.

Brita Hännestrand Ellen Johanne Krokstad Eva-Maria Lindström

Bild: Rakhsha Razani

SARAPROJEKTET

Om kvinnor

som utsatts för institutionaliserat sexuellt våld.

Med *institutionaliserat sexuellt våld* menas varje form av sexuella inslag som en del av tortyr eller polisövergrepp mot kvinnan. Begreppet kan omfatta alla slag av sexuella handlingar mentala såväl som fysiska som riktas mot kvinnans könsorgan eller sexuella funktion i avsikt att skada, förödmjuka eller kränka kvinnan.

Brita Hännestrand
allmänläkare

Ellen Johanne Krokstad
bildterapeut
leg. psykoterapeut

Eva-Maria Lindström
leg. psykolog
leg. psykoterapeut

Slutrapport: december 1999

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Innehållsförteckning.....	1
Inledning.....	2
Redovisning av psykiska och somatiska symptom.....	5
Psykiska symptom.....	7
Somatik.....	15
Terapiarbetet.....	25
Resultat.....	32
Avslutning.....	35
Referenser	
Bilagor	

INLEDNING

I februari 1997 ansökes hos Socialstyrelsen om bidrag ur de pengar som regeringen avsatt till ”Rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m.fl.” (bilaga 1).

I projektansökan redogöres för fokus: rehabilitering av kvinnor utsatta för institutionaliserat sexuellt våld.

Målgrupp är kvinnor över 15 år bosatta i Uppsala län med flyktingbakgrund, som utsatts för sexuella övergrepp i samband med maktutövning av polis, militär eller andra statliga institutioner, politiska partier, religiösa grupper eller andra maktgrupper.

Bakgrunden till projektets fokus ligger i många års erfarenhet, tankar och teorier om att kvinnor, som utsätts för sexuellt våld som en del av tortyr eller maktövergrepp, drabbas på olika nivåer. Dels kan kvinnan ha svårt att verbalisera upplevelsen, dels slås både hennes självbild och hennes bild av verkligheten sönder. En terapi måste eftersträva en restitution av dessa tre nivåer. Kvinnan som förlorar sitt språk förväntas förmedla sin upplevelse genom andra uttrycksmedel, exempelvis genom kroppsliga symptom eller olika symboluttryck. Projektet avser att försöka möta kvinnan i dessa för henne möjliga uttrycksvägar före eller jämsides med terapeutiska samtal.

De ansvariga för projektet är

Brita Hännestrand - spec. i allmänmedicin, grundkompetens i kognitiv psykoterapi och fil.kand. i medicinsk antropologi och persiska.

Eva-Maria Lindström - leg. psykolog och leg. psykoterapeut.

Ellen Johanne Krokstad - bildterapeut och leg. psykoterapeut.

De medel som erhålles av Socialstyrelsen beräknas göra det möjligt att ta emot 15-20 kvinnor för behandling under en tvåårsperiod (1/7-97 - 30/6-99). Projektet får sitt namn - Saraprojektet (bilaga 2).

Information om projektet ses särskilt i början av projektet som väsentlig för arbetet och kommer att finnas med som en röd tråd under hela projekttiden. Förutom muntlig information och fortlöpande kontakt per telefon hålles informationsmöten med olika personalgrupper inom landstinget och kommunen i Uppsala samt med flyktingsjukvården. Sammanlagt hålles 10 informationsmöten fördelade på psykiatriska öppenvårdsmottagningar (3), vårdcentraler (3), socialförvaltning och kommunens introduktionsenhet för invandrare (2), Rikskvinnocentrum samt Gimo flyktningförläggning (2).

Detta är välbesökta möten som möts av ett stort intresse som uttryckes bland annat med uttalandet ”Bra att denna gråzon mera kan belysas och undersökas”. Vi möts av många frågor, bl a frågan om hur man kan fråga när man anar, även om kvinnan söker för något annat. Vi betonar betydelsen att ta upp kvinnans situation just nu och koppla den till hennes dåtid.

Vi vill också nå kvinnorna direkt genom information i pressen - två artiklar i Uppsala Nya Tidning och ett program i Upplandsradion. Brev skickas till kvinnoorganisationer för invandrare.

Under arbetets gång förlänges projekttiden med ett halvt år på grund av att det visar sig ta längre tid ”att komma igång” än beräknat. Detta innebär att behandlingstiden pågår fram till sommaruppehållet (midsommar) 1999. Sammanställning av behandlingsresultat och rapportskrivning göres under hösten 1999.

Kontinuerligt hålles projektmöten mellan oss varannan vecka för att samordna behandlingsinsatser och för intern handledning.

Sammanlagt 14 kvinnor kommer att delta i projektet. De kommer från Sydamerika (1), Afrika (4), Asien (4), Balkan (4) och Ryssland (1) och är i ålder 19 till 44 år när behandlingen påbörjas.

Sju kvinnor avslutar behandlingen inom projekttidens ram. Se nedan!

Tre kvinnor ges möjlighet till fortsatt behandling hos berörd behandlare efter projekttidens slut.

Två kvinnor avbryter behandlingen, en efter knappt 2 månaders och den andra efter drygt ett års behandling.

En kvinna är dubbelremitterad och väljer efter inledande samtal att påbörja behandling vid annan instans där språkkunskap finnes på hennes modersmål. En kvinna vidareremitteras till gynekolog och kvinnoklinik.

Ytterligare fem kvinnor är hänvisade till projektet. Två av dessa kommer inte, och två andra vidareremitteras då de ej ryms inom projektets ram. En tackar nej till fortsatt behandling efter inledande samtal. Två kvinnor till tar kontakt med Saraprojektet men kan ej erbjudas behandling då projekttiden snart är slut.

Av de sju kvinnor som avslutar sin terapi inom projektets ram är fortsatt behandling önskvärd i flera fall, där psykoterapi måste avslutas för att projekttiden är slut. Dessa kvinnor har vid projekttidens slut en mycket osäker livssituation. Många väntar efter dryga 1½ års uppehåll i Sverige på besked om uppehållstillstånd. En vårdas på psykiatriskt sjukhus medan en är utskrivna därifrån och intagen på ett vårdhem.

Projekttidens längd på 2½ år - behandlingstid 2 år - visar sig vara en för kort tid, speciellt då flera av kvinnorna befinner sig i en osäker asyltillvaro. Under avslutningstiden blir tidsaspekten för projektet, för både patient och behandlare, särskilt kännbara då komplexiteten i projektets mål och problemområde tydliggöres än mera.

I början och slutet av projektet inbjöds kvinnan till en hälsokontroll (bilaga 3). Testning utföres med testerna PTSS-10 och HSC-25-S i början och i slutet av projektet (bilaga 4-5).

Bidrag erhålles av Kansliet för tortyr- och traumaskadade - kantt för tryckning.

REDOVISNING AV PSYKISKA OCH SOMATISKA SYMPTOM

Kvinnornas psykiska och somatiska symptomatologi kommer nedan att redovisas och ställas i relation till aktuell forskning. Få studier finns om kvinnor som utsatts för vad vi här kallar institutionaliserat sexuellt våld. De flesta forskningsresultat härrör från studier utförda på kvinnor varav många befunnit sig i en relativt normal situation under fredsförhållanden då de utsatts för övergreppet.

14 kvinnor har deltagit i projektet. En har överförs till en annan läkare som talar kvinnans språk. En har remitterats till gynekolog för operation och sexologisk behandling tillsammans med sin partner. De övriga har erhållit behandling inom ramen för projektet. 7 av kvinnorna är asylsökande och har remitterats till oss av flyktinghälsovården.

Ett eller flera sexuella övergrepp.

Av kvinnorna har åtta utsatts för ett sexuellt övergreppstillfälle - i regel en gruppvåldtäkt. Fyra har utsatts för sexuella övergrepp vid flera tillfällen, en för övergrepp och kränkande behandling under en längre tid och i ett fall förekommer misshandel och slag, men sannolikt ej våldtäkt.

Under senare år har en extensiv forskning förts om följderna av tidiga sexuella övergrepp. Man menar att övergrepp under den tidiga period då viktiga psykologiska funktioner ännu inte grundlagts kommer att skada dessa och att detta bidrar till risken för senare övergrepp (Cloitre 1998). Allvarliga personlighetsstörningar såsom borderline- och multipel personlighetsstörning (MPR) har satts i samband med tidiga sexuella övergrepp. Dissociation och alexithymi anses också oftare förekomma efter sexuella övergrepp om dessa skett tidigt (Cloitre 1998, Putnam 1985, Sherer 1994, Zlotnik 1994 o a).

De båda kvinnor i projektet som utsatts för sitt första övergrepp under sina tidiga tonår visar också svårbehandlade psykiska symptom med

depressionstendens, svårigheter att relatera till andra, särskilt män, och hög suicidalitet.

Det finns också i vårt material tecken på en återupprepning. Man kan fundera på, om detta har att göra med en ökad sårbarhet genom den skada som redan finns eller om kvinnan medvetet eller omedvetet försätter sig i situationer, som bekräftar hennes känsla av värdelöshet? Eller är det så att kvinnan utifrån sin känsla av generaliserad maktlöshet inte kan hitta sätt att ta sig ur en farlig situation?

Alla de fyra kvinnor som utsatts för flera övergrepp har också genom andra traumatiska händelser fått sina liv sönderslagna.

Undersökningen visar dock att de kvinnor som utsatts för ett enda övergreppstillfälle oftast i form av en gruppvåldtäkt också har djupgående psykiska och somatiska skador. Dissociation och gränspsykotiska episoder förekommer hos flera av dem.

Den kvinna som utsatts för misshandel och slag, men så vitt vi kunnat finna inte våldtäkt, är den ena av tre kvinnor i undersökningen där vi inte finner någon suicidalitet och som visar relativt hög självvärdering vid testning (se avsnittet om självvärde). Detta överensstämmer med en studie av Susan Roth (1997), som visar att sexuella övergrepp ger större skador på individen än andra fysiska övergrepp. Roth förklarar detta med det övervåld som sker mot kroppsliga gränser vid sexuella övergrepp och den skam som ofta blir följden.

PSYKISKA SYMPTOM, SÄRSKILT PTSD.

"Rape trauma syndrom".

Tidig forskning om psykiska (och somatiska) följder efter sexuella övergrepp ledde 1974 fram till beskrivningen av det s k "Rape trauma syndrom" (Burgess & Holmstrom 1974). Syndromet innehåller två faser:

- a) en akut fas som varar i dagar till veckor med inslag av chock med kast mellan återupplevelse och förnekelse, en känsla av maktlöshet, panikattacker, akuta symptom från vagina med flytningar och klåda, men även mer allmänna somatiska symptom som illamående och värk, ät- och sömnstörningar m.m.
- b) en reorganisationsfas med psykosomatiska symptom, som trötthet, magsmärter, illamående, huvudvärk; känslor av ilska mot män, mardrömmar, skam och självmordstankar, depression och rädsla att vara ensam.

Rebecca Moscarello (1991) talar även om en sammandrabbnings (impact)-fas; då kvinnan förstår hotet och har att överväga vilka motstrategier hon kan använda; att skrika eller kämpa emot eller samarbeta och förbli vid liv eller försöka fly. - Händelser i denna period och hur kvinnan lyckades eller inte lyckades lösa dem har betydelse för flera av kvinnorna i projektet och särskilt för deras självvärdering och skuld känsla.

Posttraumatiskt stress-syndrom (PTSD)

Sedan kriterierna för diagnosen PTSD fastställts i DSM III (1980) menar man att symptomen efter sexuella övergrepp bör hänföras till denna diagnos. Vissa forskare menar till och med att sexuella övergrepp kan orsaka en svårare form av PTSD, ett komplext PTSD, bland annat därigenom att de ger mer uttalade förändringar i affektreglering och självuppfattning, en starkt upplevd skam, svårigheter att formulera övergreppet i ord och oftare förekommande dissociation (Lewis Herman 1992; Roth 1997).

Evelyn Aswad (1996) påpekar att sexuella övergrepp trots detta ännu ej betraktas som tortyr i internationella lagar och förordningar för brott mot mänskliga rättigheter utan som "ill-treatment", vilket ger kvinnor som har

utsatts för övergrepp ett mindre rättsskydd än vad som juridiskt är stipulerat efter tortyr. Enligt Aswad är sexuella övergrepp egentligen en utökad form av tortyr - ”tortyr plus” - på grund av den isolering, som drabbar dessa kvinnor genom att de ofta utestängs från sina samhällen och från sin familj.

I det följande skall vårt material granskas med utgångspunkt från DSM-kriterier för PTSD (bilaga 6-7).

Samtliga kvinnor uppfyller erforderliga krav för diagnosen PTSD.

Symptom av återupplevelse (B-symptom) i form av mardrömmar och flashbacks förekommer hos alla. I regel finns det en mycket stark triggerfunktion, det vill säga att minnesbilder och en känsla att åter befinna sig i traumat lätt framkallas av olika syn- eller hörseldetaljer i omvärlden, som liknar något som hände vid traumat. Hos kvinnorna finns ofta en skräck att återuppleva händelsen, som kan göra att man till exempel ej ensam vågar sitta intill en man i en buss eller åka hiss med en man. Ibland finns en rädsla för att vara ensam och för att vara i mörker, och en upplevelse av att mannen någonstans gömmer sig för att återupprepa handlingen.

Symptom av undvikande av traumat (C-symptom) skapar initiala svårigheter att etablera en relation till kvinnan och att ”nä fram” till traumat. Stark hos alla - vilket också ger utslag vid testning - är rädslan att se den plats där traumat utspelades. Känslan av ”numbing”, att befinna sig utanför världen och inte helt levande i relation till sitt tidigare jag och till andra, förekommer. Förmågan att kunna se en framtid varierar möjligen avhängigt av det sociala stöd som kvinnan har. Den påverkas också av otryggheten i situationen som asylsökande.

Symptom på ökad arousal eller spänning i nervsystemet (D-symptom) såsom sömnsvårigheter, irritabilitet, koncentrationssvårigheter och lättväckt fysiologisk reaktivitet inför händelser som påminner om traumat (lättskrämdhet enligt översättning av DSM) är måttliga, men envisa och förekommer hos alla.

En stor rädsla/ångest - ”ständig” - diffus och icke målinriktad, och hos en del kvinnor förenad med panikattacker, upplevs av nästan alla. Rädslan fokuserar till stor del på skräcken att återvända, att hamna i samma situation, att utsättas för samma sak, att inte kunna klara sig ur den. Under projektets gång väcker hot av denna typ starka reaktioner av ångest, depression och självmordstankar.

Detta överensstämmer väl med Barbara Rothbaums uttalande att det mest svårbehandlade efter sexuella övergrepp är rädslan för situationer som påminner om våldtäkten och en allmänt utbredd ångest, medan depressionen enligt Rothbaum är lättare att behandla. (Rothbaum 1992).

Suicidalitet.

Vi har hittat få undersökningar om suicidalitet efter sexuella övergrepp. Detta är förvånande med tanke på hur ofta vi har funnit en suicidalitet hos de kvinnor vi behandlat.

Kilpatrick och Veronen (1985) nämner att kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp har gjort självmordsförsök i 19,2 % av fallen. För retraumatiserade kvinnor har Cloitre (1997) angivit siffran 45 % för självmordsförsök;

Vi upplever suicidalitet som en ständig närvarande aspekt av kvinnans traumaupplevelse. Ofta anges övergreppet av kvinnorna som en slags död och som om man i realiteten faktiskt har dödats; eller som om man till en del har dödats. Många anger att det hade varit bättre om de dött när det ändå inte är möjligt att leva vidare och en kvinna uttrycker en skuld känsla över att nu - när det hänt - inte ha tagit livet av sig. Flera kvinnor nämner en känsla av att gradvis förstöras helt och att det vore bäst om det tog slut så fort som möjligt. Känslan av att efter övergreppet inte längre ha ett liv förekommer - bara tankarna finns kvar och de försvinner aldrig. Hos vissa kvinnor förekommer självmordstankar särskilt i samband med minnesupplevelser - kanske som ett tecken på att det ändå ibland är möjligt att distansera sig från dem. Inför denna upplevelse av att redan vara dödad eller delvis död får självmordet rollen av en bekräftelse.

Det huvudsakliga hindret som anges av kvinnorna att ta sitt liv är deras barn. Av 10 kvinnor som har barn anger 8 att de på grund av barnet/n ej kan ta sitt liv. De kan till och med ange att de borde ta sitt liv men barnet/n hindrar dem. De måste finnas kvar som mor till sina barn.

Av 14 kvinnor har 11 haft självmordstankar under terapin - även hos två andra har en existentiell problematik förekommit och behandlats i terapin. Två kvinnor har gjort allvarliga självmordsförsök under projekttiden (en medelst tabletter och försök till hängning och en genom försök till hängning). Ytterligare tre kvinnor har tidigare gjort självmordsförsök medelst tabletter och hängning.

Under projekttiden har tre kvinnor tagits in akut på psykiatrisk klinik på grund av risken för självmord. Även planer på utvidgade självmord har förekommit.

De kvinnor som gjort självmordsförsök under projektets gång på två år uppgår till 2 av 14 kvinnor (omkring 14 %). Om tidigare självmordsförsök även räknas in har 5 av 14 kvinnor gjort självmordsförsök (omkring 36 %). Av de självmordsförsök som inräknas (tid före och under projektet) är fyra intoxicationsförsök med tabletter och tre hängningsförsök, alltså en mycket allvarlig metod för självmordsförsök.

Vår slutsats är, att risken för självmord efter sexuella övergrepp inte tidigare tillräckligt har beaktats. Suicidalitet är en viktig del av den psykologiska traumatiseringen efter våldtäkt.

4 av 5 kvinnor som gjort självmordsförsök hotades av avvisning. Avvisningen väckte skräcken att återvända till den plats där de traumatiserats. Inför detta hot var döden ett mindre skrämmande alternativ.

Suicidaliteten synes vara kopplad till kvinnans känsla av ett reducerat självvärde; av känslan av att något ohjälpligt har skett som har förstört henne. För kvinnan innebär detta dels en subjektiv känsla av att vara förstörd, förbrukad och till och med levande död; dels rädslan (ofta upplevd som visshet) att hon förvandlats på sådant sätt att hon i sin kultur kommer att bli utesluten, isolerad från mänskliga sammanhang och kanske till och med dödad. Ofta är det först efter en lång psykoterapi som kvinnan kan se en möjlighet till ett nytt liv och en ny identitet i det nya landet. Avgörande är då att få stanna i tryggheten.

Självvärde.

Susan Roth och Eleana Newman menar i en studie (1991) att den traumatiska händelsen vid våldtäkt slår sönder de grundschema för uppfattningen om sig själv och andra, som skapas tidigt under livet. För att kunna försonas med det som hänt, menar de, måste kvinnan nå fram till en för henne acceptabel mening eller innebörd av det som skett (i en psykoterapi eller på annat sätt).

De menar att det sexuella traumat skapar *hjälploshet* genom upplevelsen av att ha förlorat förmågan att kontrollera omvärlden (*agency*), *sorg* genom att ett tidigare sätt att leva i världen har gått förlorat, *skam* genom själva traumat och genom den stigmatisering och det krav på tystnad som omvärlden ställer,

skuld genom att det som hänt kvinnan ses som ett brott i kulturen och upplevs så av henne, vilket medför en ambivalens till fortsatt liv (som brottsling). Under allt detta finns en diffus vanmakt, smärta och förtvivlan.

Aswad (1996) beskriver ett rent konkret hot för kvinnan att i många kulturer stigmatiseras, ses som besmittad och formellt uteslutas ur samhället:

- ❖ genom att mannen använder sin rätt att förskjuta henne;
- ❖ genom att hon inte längre har ett värde som kan giftas bort; eller
- ❖ genom att hon på annat sätt uteslutes eller isoleras från samhället.

Genom den kulturella präglingen har kvinnan integrerat dessa föreställningar till sin självbild så att hon fördömer sig själv. (Lebowitz & Roth 1994)

Hur reella är dessa hot för de kvinnor som ingår i studien?
Hur upplever de sitt självvärde?

En starkt nedsatt självkänsla finnes hos nästan alla kvinnor. Vi har vid början av projektet testat 8 kvinnor med HSC-25-S som ställer en fråga om känsla av värdelöshet. Graderingen är 1-4, där 4 anger den största känslan av värdelöshet. Av dessa kvinnorna anger 6 den högsta skattningen (4) 1 skattning (2) och 1 skattning (1). En av de kvinnor som givit låga skattningar är den kvinna som vi ej säkert funnit har varit utsatt för våldtäkt.

Kvinnorna med de högsta skattningarna anger att de alltid känner sig värdelösa; ingen får veta vad de varit med om. De kan inte ens berätta för de närmaste anhöriga vad som har hänt därför att skammen då skulle drabba dessa. Några upplever sig som om de från början varit dåliga. Det är därför allt ont har drabbat dem. De bryr sig inte längre om att vårda sig själv och sitt utseende och kan inte se någon mening i tillvaron. De har en självbild full av skam och förakt och känner sig smutsiga och förnedrade efter våldtäkten. De ser sig som värdelösa och ovärdiga att få leva, och har i vissa fall också behandlats så inom sin kultur.

De kvinnor som i slutet av projektet har lägre skattningar uppger ett hopp i sina barn eller i att längre fram kunna få ett arbete och ett bättre liv.

Skuld - relation till skam.

Många av kvinnorna har självanklagelser och frågar varför det har hänt, varför de befann sig just på den platsen och varför de inte lyckades ta sig ur situationen.

Två testfrågor i olika testinstrument har använts för att skatta kvinnornas upplevelse av skuld (fråga 8 i PTSS-10 och fråga 12 i HSC-25-S) En god överensstämmelse föreligger mellan kvinnornas svar på dessa frågor.

Kvinnorna som testats (12) kan delas upp i 3 grupper:

- I. Hög skattning - 5 kvinnor. Alla upplever också stor skam. Två har stora skuldkänslor för att ej ha kunnat förhindra det som hände.
- II. Hög skattning men ej max - 4 kvinnor.
- III. Låg skattning - 3 kvinnor - Två av dessa visar en känsla av högt egenvärde, goda sociala relationer och har troligen en god prognos. Den tredje visar stor förtvivlan men accepterar inte att ta på sig skuld. Hon känner sig ändå fylld av skam och har ett stort behov av att fortsätta sin tystnad.

Kulturella och politiska faktorer.

En ledare i American Journal of Orthopsychiatric i januari 1996 tar upp problemet med "våldtäkt i kontexten av multipla traumata". Den påpekar att de kvinnor som kommer som flyktingar har utsatts för ett flertal traumata och kränkningar i hemlandet. Stressen av påtvingad migration innebär minskat socialt stöd av familj och släkt, misstro och missförståelse i det nya landet och hotet om avvísning.

Detta har hög relevans för vårt projekt. Under en stor del av behandlingen har andra traumatiserande faktorer inverkat negativt eller bromsande på det terapeutiska arbetet.

Maria Olujic (1998) visar hur de etniska kränkningarna av kvinnan i f.d. Jugoslavien bottnar i kulturella värden, som också existerar i fredstid. Kvinnans värde uttrycks i kyskhet, monogami och fertilitet, som tillkommer släkten eller blodslinjen. Kränkningen av den enskilda kvinnan utgör en symbolisk kränkning av släkten och familjen. Kvinnorna, som upplever det privata stigmat av skam, kan genom sitt lidande i tysthet skydda männen från deras offentliga skam.

I en artikel 1989 understryker Mollica/Son vikten av att i psykoterapi ge kvinnan en ny mening (och ett nytt liv). Det är svårt att förstå hur detta kan ske om kvinnan utvisas till den kultur där den gamla meningen råder.

Övergreppet upplevs av kvinnorna som riktat mot hela den samhällsgrupp de tillhör för att förödmjuka och kränka den. Även kampen för rätt till utbildning inom och utom landet kan ses som hotande av de styrande i ett land, där kvinnan normalt inte har denna rättighet - ett hot om uppror och förräderi.

De kvinnor, som deltagit i projektet har utsatts för övergrepp som representanter för en minoritet, en samhällsklass, en ras, en politisk eller religiös grupp. De har utnyttjats som ett verktyg att förnedra eller förstöra fiendegruppen. I flera fall utgör övergreppet endast en sista händelse i raden av trakasserier, förföljelse och repression, som de och deras familj utsatts för. Det finns en medvetenhet hos förövarna att detta kan göra kvinnan föraktad av de sina - övergreppet får också ofta de beräknade konsekvenserna.

Vetskapen och skräcken för kulturens stämplande av henne har gjort att flera av kvinnorna i projektet inte kunnat berätta för närstående vad de varit med om. Det finns exempel på att kvinnan, när hon berättat, blivit förvisad först från mannens familj och sedan från sin ursprungsfamilj.

I denna belysning blir det förståeligt hur viktigt det är i de fall där kvinnorna har män som vet om övergreppet och stödjer dem. Mannen blir därmed inte en kugge i förövarens tjänst, utan en motkraft, vilket är av stor betydelse för kvinnans rehabilitering.

Kvinnorna upplever att rättsosäkerheten fortsätter även i det nya landet. Som Evelyn Aswad (se ovan sid 7 - 8) också understryker har kvinnan ett mindre rättskydd än andra torterade eftersom sexuella övergrepp inte ses som tortyr i de mottagande länderna.

Relation till andra.

Alla kvinnor visar större eller mindre svårigheter i relation till andra människor genom brist på tilltro, misstänksamhet, rädsla och aggression. Många isolerar sig tidvis och försöker nästan helt undvika kontakter. Bristen på tillit och otryggheten i relation till andra isolerar kvinnan ytterligare. Även relationen till de närmaste försämras i de fall där kvinnan känner sig falsk med sin hemlighet. Resultatet blir relationslöshet.

Dessa svårigheter blir tydliga också i förhållande till terapeuten. I terapin blir det dock möjligt att så småningom åter våga lita på någon (se vidare sid 35). De kvinnor som bibehållit en god relation till sin familj eller skaffat en ny familj förefaller ha en bättre prognos.

Tystnad, relation till språket; ord - bild - kropp.

Flera av kvinnorna anger att de inte kan tala ”då gamla saker kommer”. Det är svårt att få kvinnorna att berätta också för oss och mycket möda måste läggas ned på att skapa en god relation. Men också en reell svårighet finnes att klä upplevelserna i ord. Detta kan förändras under terapiprocessens gång så att kvinnan hittar möjligheter att uttrycka sig i ord och bild.

Då kvinnorna fått en väg ”att tala” upplevs den i regel som en lättnad.

För några av de kvinnor som måste avsluta behandlingen i förtid (då projektiden är slut) känns det som att gå sönder invärtes - samtalen och terapirelationen avbrytes i stället för att avslutas.

Att uttrycka sig i bild har gett möjlighet att nå minnenas känslomässiga innehåll när orden blivit tomma. För några kvinnor, i de flesta fall asylsökande, verkar det aktiva skapandet av bilden (rita/måla) emellertid komma för nära upplevelsen och då känns för hotfullt.

Bilden kan vara en katalysator i terapiprocessen. Den kan hjälpa att kristallisera ut, att förtydliga till exempel kroppsminnen eller nuvarande känslor/förnimmelser som är svåra att beskriva i ord. Ibland blir detta en väg till orden. Ibland intensifieras kroppsminnena och en växelverkan mellan bilden, orden, känslorna och kroppsminnena kommer till stånd.

De kvinnor som inte har förmåga att berätta för sin man lider av tystnaden och har skuldkänslor. Ofta uppger kvinnorna att de inte kunnat skrika under övergreppet för att grannarna eller barnen inte skulle höra. Skriket blir därmed kvar inombords. Den påtvingade tystnaden vid övergreppet lever kvar i kvinnan som ett fortsatt förtryck, som om hon fortfarande vore tvungen att tåga. Den har blivit en del henne.

Det finns ingen tydlig bild av samband mellan tystnad och somatisering. I stället finner vi ofta att när kvinnan i psykoterapi kommer in på traumat blir också de somatiska symptomen starkare och ibland kommer nya symptom. Dessa kan ofta användas för att nå längre in i kvinnans upplevelse och frigöra möjligheter till bearbetning.

SOMATIK

Somatiska symptom.

Det finns en mängd studier särskilt under 1980-talet av nyanlända flyktingar till olika västländer som visar en hög frekvens av somatiska symptom. Flera av dessa studier är sammanfattade i en litteraturstudie (Goldfeld o a 1988). I studierna anges ofta frekvensen av besvär från olika organsystem, såsom hjärtbesvär, magbesvär etc. Så anger till exempel Marianne Juhler (1980) i en studie av 30 överlevande efter tortyr vid RCT i Köpenhamn symptom från CNS hos 85 %, från det motoriska systemet hos 90 %, från hjärtat hos 75 % och från magtarmkanalen hos 70 %.

Marianne Juhlers studie är intressant trots det låga antalet undersökta genom den noggranna utredning hon har gjort med blodanalyser, röntgen, neuroröntgen, EKG, EEG, neurofysiologiska studier och endokrinologiska tester för att hitta de sjukdomar som ligger bakom symptomen. Juhler fann normala testresultat hos nästan alla. I kontrast till detta hade nästan alla kroppsliga symptom, och Juhler kommenterar: en minoritet av de överlevande ser sitt problem som huvudsakligen eller helt av psykologisk natur. Majoriteten upplever och presenterar sin situation som fysisk sjukdom.

I en undersökning från Köpenhamn jämför Hans Petter Hougen (1988) två grupper av flyktingar från Libanon, en grupp med och en grupp utan PTSD. Trots små grupper finner han huvudsakligen kroppsliga symptom hos den grupp som har PTSD. Många andra studier tyder också på att PTSD i sig är ett syndrom med både psykiska och kroppsliga manifestationer (se exempelvis Andreski, Chilcoat, Breslau 1998; Charles Ford 1997, Shalev 1990, White, Faustman 1989; Davidson o a 1991).

Hos kvinnor som utsatts för våldtäkt finner man också ett stort antal kroppsliga symptom. Redan i den ursprungliga beskrivningen av "Rape trauma syndrome" (Burgess & Holmstrom 1974) finns olika kroppsliga symptom. De psykosomatiska besvär som där angavs var bland annat trötthet, illamående, åstörningar, buksmärter, huvudvärk, gynekologiska problem.

Kimerling / Calhoun visar (1994) att kvinnor som utsatts för sexuella traumata - jämfört med en icke traumatiserad kontrollgrupp - under ett år efter traumat

- ❖ hade fler somatiska klagomål
- ❖ upplevde fler fysiologiska obehag
- ❖ upplevde sig själva som sjukare

❖ sökte somatisk sjukvård i högre grad
Men - de sökte inte psykiatrisk sjukvård oftare än kontrollgruppen.

Även Koss, Koss & Woodruff (1991) finner att kvinnor som utsatts för våldtäkt oftare söker primärvårdsläkare än psykiatriker. Klagomål är bland annat gynekologiska symptom och sexuell dysfunktion.

Hur ser detta ut för de kvinnor som ingår i projektet?

De data som angives nedan bygger på en relativt omfattande somatisk anamnes och undersökning som utförts i början och i slutet av projektet och i övrigt vid behov. Vidare har testen HSC-25-S använts vid skattning som ger utslag vid somatiska symptom förbundna med hyperarousal (D-symptom vid PTSD i DSM III-IV). Genitala symptom, viktproblem och sexuella problem har bedömts särskilt (se nedan!).

Vid redovisningen har den tidigare uppdelningen av symptom i olika organområden övergivits, och vi har i stället försökt värdera symptomen bland annat utifrån om dessa representerar en allmänt förhöjd spänningsnivå, oftast genom generell värk i kroppen och symptom som tyder på en förhöjd arousalseffekt.

Vid bedömningen framträder då en annan grupp av symptom som förefaller relaterade till själva övergreppet och som kan förklaras av och som av kvinnan sammankopplas med detta.

Hos många finnes en initial reaktion av svaghet och matthet, som kan kvarstå olika länge. Ibland finnes den fortfarande då kvinnan kommer till Sverige. Flera av kvinnorna berättar att de initialt varit sängliggande ofta omkring en vecka. Blödningar har förekommit och missfall om kvinnan varit gravid. Avmagring är vanlig, liksom en uttalad yrsel och svaghet som gör det omöjligt för kvinnan att fungera i sitt dagliga liv.

Hos kvinnorna i projektet återfinnes denna reaktion hos fyra och beskrives initialt hos ytterligare tre.

Endast i en artikel - av Dahl (1989) som hon benämner "Acute response to rape - a PTSD variant" - finner vi samma typ av beskrivning av frekventa somatiska symptom under de första dagarna efter en våldtäkt. Dahl finner hos 50 % av de kvinnor hon undersöker symptom av illamående, tremor, huvudvärk, svettningar, hjärklappning och yrsel.

De symptom på spänning och hyperarousal, vad man vanligen kallar psykosomatiska besvär, som finnes hos kvinnorna i projektet är följande: spänning och trötthet i kropp och rygg (10), hjärtklappning, tryck i bröstet (6), andningsbesvär (2) huvudvärk (8) ont i magen (6) yrsel (2), öronsus (1), kalla händer (1). Hos de flesta av kvinnorna föreligger flera symptom.

Objektivt fastställda diagnoser finnes hos 7 kvinnor i projektet. Hos (1) finnes en allergi sedan barndomen med andningsbesvär och hudutslag. Hos två (2) andra kvinnor förekommer urticaria i samband med stress (som kan ses som en psykosomatisk reaktion); hos (1) finnes sinuit; hos (1) kvinna med blödningar och trötthet förekommer anemi. Röntgen av hals- bröst- och ländrygg på en av kvinnorna visar minimal spondylos. En kvinna med ryggbesvär har stram tonus i den långa ryggmuskulaturen. Två (2) behandlas för misstänkt salpingit (gynekologiska besvär behandlas nedan särskilt).

Symptom som förefaller ha ett samband med traumat föreligger hos 6-7 av kvinnorna. Det är till exempel symptom av värk i mage, lår och vagina av samma karaktär som vid övergreppet som uppträder i samband med flashbacks, och även kan uppträda vid åsynen av en uniformerad man. Det är en strypande känsla i halsen där mannen tagit ett grepp, huvudvärk hos en kvinna som blivit släpad i håret en lång bit, smärtor i rygg och nacke hos en kvinna som misshandlats över ryggen; eller yrsel som tidigare upplevts i samband med traumat.

Av sekretesskäl kan besvären hos kvinnorna inte närmare beskrivas. De är emellertid viktiga eftersom de ofta är de symptom som kvinnan är mest besvärad av. Upplevelsen av dem är ofta ångestladdad. Ibland plågas kvinnan dagar i sträck av dessa symptom. De har gett upphov till ett flertal tidigare läkarbesök och utgör diagnostiska svårigheter då sambandet med traumat inte är känt för läkaren.

Denna typ av symptom, av starka kroppsliga symptom, ofta förbundna med flashbacks och återknutna till upplevelser av traumat, finns beskrivna tidigare i ett fåtal fall; kanske tidigast hos neurologen och psykiatern Pierre Janet. Han menar att minnessvårigheter uppstår vid ett svårt trauma och stör den normala psykologiska bearbetningen av ny information. Denna avstänges från medvetandet och lagras somatiskt. Fragment av dessa, som Janet säger "viscerala" minnen, återkommer senare som fysiologiska reaktioner, emotionella tillstånd, visuella bilder eller beteendemässiga återupprepningar av traumat. Janet menar också att det "fysiologiska svaret" kan sättas i gång av olika stimuli. (Janet 1889; van der Kolk & van der Hart 1989)

Janets beskrivning är anmärkningsvärt aktuell i relation till de sista årens biologiska hjärnforskning kring trauma.

Bessel van der Kolk, en av pionjäreorna i kartläggningen av hjärnfysiologiska tillstånd förbundna med trauma, har en uppfattning som överensstämmer med Janets. Enligt van der Kolk lagras den traumatiska händelsen i ett somatiskt minne och uttryckes i ett förändrat biologiskt svar på stress. Vid stress återkommer återstoder av händelsen i form av visuella bilder eller fysiska sensationer. (Bessel van der Kolk 1994).

Hos Janet, men än mer hos van der Kolk, hänföres symptomen vid PTSD till en fysiologisk stressreaktion (som ingår i PTSD). Lindy/Green/Grace gör (1992) ytterligare en distinktion mellan olika somatiska symptom vid PTSD i:

- ❖ skador av traumat
- ❖ psykosomatiska sjukdomar
- ❖ vag smärta, värk och trötthet
- ❖ specifika återkommande klagomål (som återupprepar traumat, vad han kallar "somatic reenactment")

Psykosomatiska sjukdomar såsom de beskrives av Lindy/Green/Grace kan till stor del antagas vara de samma som benämnes ökad arousal i DSM:s definition av PTSD - och de som ovan kallas för symptom på spänning och hyperarousal. Vad författarna kallar specifika återkommande klagomål som återupprepar traumat liknar emellertid de som jag ovan kallat symptom som har ett samband med traumat.

Lindy o a definierar "somatic reenactment" som "a repetitive set of physical symptoms which is atypical in its composition from familiar pathophysiological conditions. The symptoms themselves contain a somatic repetition of the trauma itself. It functions like other intrusive phenomena such as flashbacks and nightmares." (1992 sid 180)

Författarna tillför följande distinktion: "The somatic reenactment repeats the imagery of the trauma itself, with symbolformation developing only secondarily" (1992 sid 184)

De besvär i vårt material som ovan anges som knutna till övergreppet kan sägas ha följande karakteristika - som väl överensstämmer med Lindys:

- ❖ De hänföres ofta ej primärt av kvinnan till övergreppet men sambandet bejakas vid en direkt fråga
- ❖ De utgör särskilt påträngande symptom, som kvinnan ofta har försökt få medicinsk hjälp för

- ❖ De förvärras ofta vid en bearbetning av traumat eller kan uppträda då
- ❖ Man hittar inga ”objektiva” tecken vid en undersökning
- ❖ Symptomen stämmer ofta ej med sjukdomsbilder men kan förklaras utifrån traumat.

Lindy o a skiljer vad man ofta benämner somatisering från dessa symptom, som han anger är direkta återupplevelser av traumat.

Somatisering efter trauma beskrivs i regel i linje med Freud (Freud/Breuer 1895) som fenomen som står i stället för ord; det vill säga då individen ej kan formulera sina psykiska upplevelser manifesterar dessa sig som kroppsliga symptom. Även Melinda Meyer (1994) uttrycker samma uppfattning. Somatisering i denna betydelse ses ofta som en följd av alexithymi (Krystal 1974, 1977).

Ford (1997) talar också om somatisering i denna betydelse. Han finner dock i en litteraturstudie att somatiska symptom kan vara vanligare vid PTSD om traumat har drabbat kroppen, och detta oberoende av om det finns en permanent vävnadsskada eller inte och tillägger: ”It is possible that the somatic symptom represents a form of recurrent intrusive experience.” (sid 11)

Många forskare har försökt klargöra hur somatisering sker. Waitskin/Magana (1997) granskar exempelvis forskning inom ett flertal ämnesområden såsom kulturpsykiatri, medicinsk antropologi, litterär criticism, och narrativ analys - för att förklara vad de beskriver som ”a theoretical black box in our understanding of somatization” (sid 811) nämligen hur kultur kan överföra svår (psykisk) stress för att producera symptom som inte kan förklaras genom fysisk sjukdom. De utgår ifrån att individens kultur färgar bearbetningen av ett trauma och de psykologiska och somatiska sätten att uttrycka och uppleva detta.

De illustrerar denna problematik med följande bild (fig 1).

I enlighet med den distinktion som gives av Lindy o medf. föreslås att bilden i stället bör se ut så här (fig 2); det vill säga att traumat i sig manifesteras biologiskt - för vilket nu finns tillräckligt övertygande bevis (se ex. van der Kolk o a 1985) - vilket av individen upplevs som psykiska och somatiska symptom. Först i andra hand då dessa symptom blir medvetna för individen sker en bearbetning av dem för att göra dem meningsfulla och därigenom möjliga att integrera. En bearbetning göres menar vi förutom utifrån kulturen även utifrån individens tidigare erfarenhet, primära objektrelationer, anknytningsmönster i barndomen, coping mekanismer, socialt stöd etc.

Intressant är det samband Waitzkin/Magana finner mellan "incoherence in narratives" - vilket vi tror kan vara en följd av dissociation - och somatisering. Andra forskare har funnit samband mellan somatisering och dissociation (Nemiah 1991 m. fl.). Ett obearbetat delvis dissocierat trauma kan också förmodas ge fler B-symptom såsom flashbacks förutom somatiska manifestationer och alltså "somatic reenactment" i den betydelse som Lindy redogör för.

Det kan till slut vara värt att erinra om Grethe Skylvs kommentar (1992): "By torturing the body, the torturer's aim is to destroy his victim's mind. The physical injuries (eller symptom; vår kommentar), sometimes present for life, have the effect of continuing the torture" (sid 38).

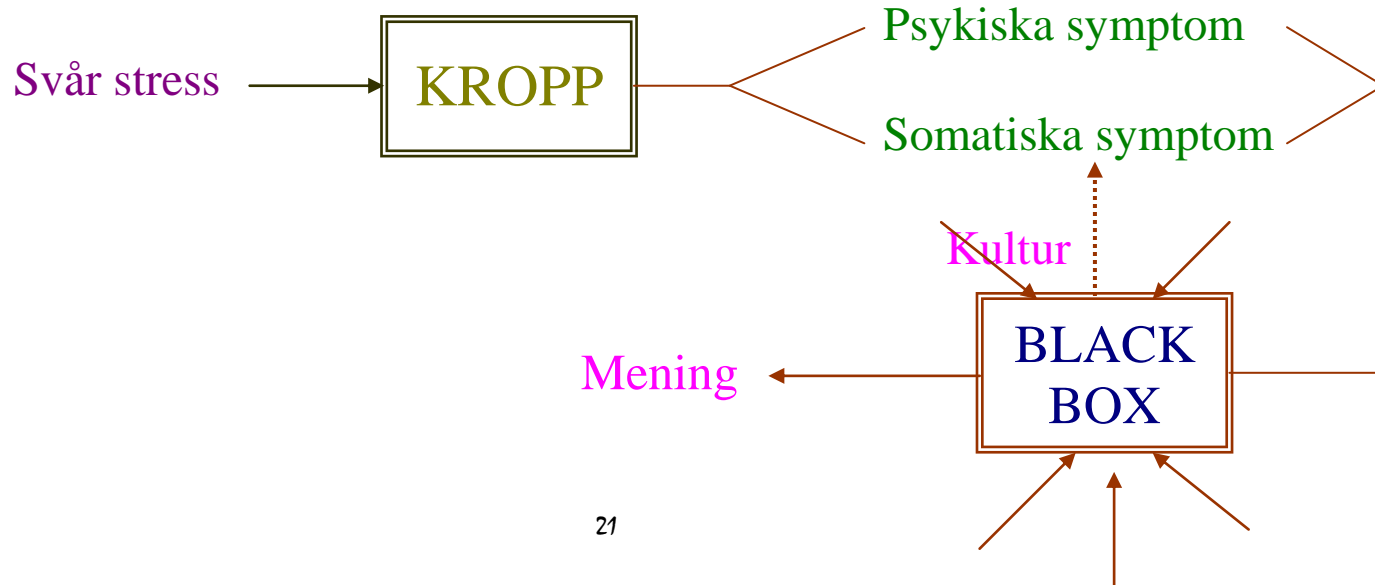
Fig 1

WAITZKIN / MAGANA 1997:



Fig 2

ALTERNATIV MODEL



Viktproblem

Ätstörningar efter ett sexuellt trauma påvisas redan i den ursprungliga beskrivningen av "rape trauma syndrome" (Burgess & Holmstrom 1974). I en artikel (1991) anger Maria Root att "disordered eating" kan vara ett tecken på att en kvinna har utsatts för ett sexuellt trauma. Med "disordered eating" innefattar hon kliniska klara syndrom som anorexi och bulemi men också subkliniska varianter. Hon menar att sambandet mellan sexuella övergrepp och ätstörningar skulle kunna bero på att ett intag av stora mängder mat minskar flashbacks, men har också andra förklaringar. En sexuell kränkning minskar kvinnans kontroll över sin kropp, liksom tryggheten och säkerheten i kvinnans omgivning. Kvinnan försöker genom ätstörningens strategi återfinna kontrollen över sin kropp. Ätstörningen kan också i sig vara ett tecken på minskad självvärdering och uttrycka självdestruktiva impulser.

Av de 14 kvinnor som ingår i projektet, har fyra ökat i vikt och fem gått ned i vikt. Viktförändringen rör sig i regel omkring 10 kg, men en kvinna rapporterar att hon rasade ned 23 kg i vikt efter våldtäkten. Även en kvinna som varit fängslad uppger extrem avmagring efter fängelsetiden.

Uppgiften bygger på kvinnornas uppgifter; viktmätning har ej gjorts systematiskt. 7 kvinnor anger minskad aptit; trots detta ökar två av dem i vikt; de andra går ned i vikt. En anger viktfall i samband med olika kritiska perioder. En kvinna som har hållit sin vikt under projektet, tappar 8 kg i vikt sedan hon beviljats tillfälligt uppehållstillstånd, vilket för henne innebär en förlängd väntan på förläggningen.

Således har över hälften av kvinnorna reagerat med minskad aptit och med viktförändringar, i regel viktfall. Den formulering som användes är i regel svårigheter att äta. Man måste tvinga sig att äta.

Gynekologiska problem

Gynekologundersökning har utförts om kvinnan angivit besvär. Undersökning har utförts på fyra kvinnor. Tre av dessa har angivit flytningar, en smärtor i nedre delen av buken. En har behandlats för en svampinfektion; två för misstänkt äggstocksinfektion med antibiotikabehandling. För den kvinna som angivit smärtor har undersökningen varit normal. Hon har även undersökts med ultraljud på en kvinnoklinik som gett normal bild. Hennes symptom ses med hänvisning till kap. sid 15 - 20 som ett symptom som har samband med traumat. En kvinna har efter våldtäkten uppgivit två

extrauterina graviditeter; även före våldtäkten har hon haft en extrauterin graviditet. Denna kvinna har även undersökts på kvinnoklinik med ultraljud som visat normala förhållanden.

Sju kvinnor har angivit menstruationsstörning, i två fall en långvarig amenorrhe; i ett av dessa fall möjligen på grund av åldern. I fem fall förekommer rikliga och oregelbundna menses. En kvinna har varit gravid. Då kvinnan själv ej uppgivit menstruationsrubbnings, vilket gäller fem kvinnor, har sådan ej efterfrågats.

Slutsatsen är att vi i ett fåtal fall funnit gynekologiska problem hos kvinnorna vanligen i form av flytningar och en upplevelse av orenhet. Hos två av dessa har en ömhet över äggstockarna tolkats som salpingit men diagnosen är ej säkerställd. Två Chlamydiaodlingar som tagits har varit negativa, en av dem på en av de kvinnor som kliniskt bedömts som salpingit.

Sannolikt är dock menstruationsstörningar vanligare än andra gynekologiska besvär.

Sexuella problem

Burgess & Holmstrom anger (1974) vid en bedömning av kvinnor i USA som utsatts för våldtäkt 6 månader tidigare att 40 % har sexuella svårigheter, och att 50 % har flashbacks i samband med samlag.

I detta projekt anger samtliga kvinnor sexuella problem. Åtta av dessa har en partnerrelation. Särskilt i de fall då mannen ej är medveten om kvinnornas trauma skapar detta stora svårigheter.

Där maken känner till problematiken och ger kvinnan stöd kan finns en möjlighet att man långsamt kommer över svårigheterna. En kvinna remitteras för gemensamma samtal med partner på en kvinnoklinik. Vi upplever dock behovet av sexologisk rådgivning vara större.

Tre av kvinnorna anger utan att detta särskilt efterfrågas flashbacks i samband med samlag. De upplever detta som särskilt skrämmande: att mannen förvandlas till deras fiende. Svårigheten att tillmötesgå mannen sexuellt skapar ofta skuld känslor.

Relation till familjen

10 av kvinnorna har barn. Fyra kvinnor har blivit gravida vid våldtäkten. En av dessa har låtit en abort utföras. De som har fött sina barn har haft svåra graviditeter och svårt att anknyta till barnet. En rädsla att skada barnet och skuldkänslor gentemot barnet förekommer. Barnet kan också ibland omedvetet bli föremål för moderns hat mot förövaren.

Tre kvinnor var gravida vid tiden för våldtäkten, två av dessa har fått missfall; den tredje som har fått barnet upplever att detta inte visar en normal utveckling.

Många av kvinnorna upplever stora svårigheter i sitt dagliga liv. De har sexuella svårigheter i relationen till mannen, de känner sig trötta och utmattade och har svårigheter att sköta sitt hem. Särskilt gentemot barnen finns svårigheter. Både gentemot de barn som skapats vid våldtäkten, de barn som kvinnan varit gravid med vid våldtäkten och gentemot barn som åsett eller åhört våldtäkten finns en oro att barnet på ett allvarligt sätt har skadats; man oroar sig för att barnet på olika sätt är sjukt eller inte utvecklas normalt. Kvinnorna upplever ofta hjälplöshet och svårigheter att hantera olika också vardagliga problem hos barnen. Ibland finnes skuldkänslor.

Likaså upplever kvinnan en svårighet i sin normala roll gentemot mannen. Det kan skapa en ambivalens i relationen, även där mannen stödjer henne. Särskilt där flashbacks förekommer som övergående gör mannen till ”fienden” finnes både osäkerhet och skuldkänslor.

Sexuella övergrepp blir därmed inte bara något som drabbar kvinnan. De drabbar hela hennes familj, relationen till mannen och barnen och kvinnans möjligheter att fortsätta att som tidigare naturligt fungera i sin kvinnoroll.

TERAPIARBETET

YTTRE HINDER I ARBETET

Språket

Relationen till språket har ibland varit skadad. Förmågan att uttrycka känslor har varit bristfällig eller försvunnen. Mimiken har, speciellt i början av behandlingen, varit minimal. Man har talat om det inträffade som om det hänt någon annan, som om det inte varit något som berört en själv. På detta sätt förmedlas till oss känslan av att vara död.

För vissa nationaliteter har det varit svårt att få tolkar. Vi har då behövt anlita telefontolkning. Ibland har det inte varit möjligt att ha kvar samma tolk under behandlingens gång. Detta har inneburit ett avbrott, där förtroende åter behövt byggas upp i förhållande till tolken. Detta har varit skadligt för den terapeutiska processen och för kvinnan inneburit ytterligare en bekräftelse på att vara så värdelös och maktlös, som hon känner sig.

Asyltillvaron

Hotet att bli tillbakaskickad till det land, där man utsatts för sexuell tortyr har hängt över flera av de kvinnor vi haft kontakt med. Det har inneburit en ständig oro och ångest och tidvis omöjliggjort en bearbetande process. Det terapeutiska arbetet har under långa perioder då varit av hållande och stödjande karaktär och bearbetningen har inte kunnat fortskrida, eftersom ångestnivån varit för hög.

Färre asylsökande kvinnor kunde använda sig av bildterapi än de med uppehållstillstånd. Kan ett sätt att förstå detta vara att bilderna innehåller en potential - ett återupplevande av traumat, som berör djupare än ord - och att tillvaron som asylsökande inte erbjuder nödvändig psykosocial trygghet för en sådan bearbetning?

Att i bildskapandet återuppleva traumat och samtidigt leva i skräcken att bli utvisad till det land där det hände, försätter kvinnan i ett dilemma: å ena sidan behovet av bearbetning och å andra sidan den därmed intensifierade rädslan för en utvisning och hennes upplevelse av vad det innebär.

Man kan fråga sig vilka förutsättningar som behövs för att möjliggöra en god rehabilitering.

Kulturen

Olika kulturer har olika förhållningssätt beträffande acceptans att leva ut sina känslor. Ibland har det sålunda funnits kulturella spärrar för att berätta eller för att leva ut sina känslor. Att hitta vägar för bearbetning, som också är acceptabla och möjliga för kvinnor från olika kulturer har varit en av våra uppgifter.

TERAPIPROCESSEN

Sexuell tortyr ger djupa psykiska skador. Vår erfarenhet är att skadorna av institutionaliserat sexuellt våld är djupare och mer svårläkta än andra traumaskador. Varför är det så? Vi kan bara ha hypoteser: Kvinnorna känner sig som brickor i det politiska maktspelet. De utsätts för sexuell tortyr som ett medel att förnedra mannen, folkgruppen eller folket. De får utstå en kroppslig invasion, slagfältet blir till inne i deras kropp. Det djupaste och mest personliga och intima erövrar med våld av fienden. Inte ens det innersta rummet lämnas i frihet. Det upplevs ofta som att fienden intagit kvinnans kropp och att man inte kan göra sig fri.

Det kan konstateras att det traditionella psykoterapeutiska arbetssättet inte räcker till. Det krävs av terapeuten en öppenhet och oräddhet inför användandet av olika terapeutiska verktyg. De sedvanliga ramarna är inte alltid möjliga eller ens lämpliga att hålla fast vid.

Ambivalens

Vår erfarenhet är att de flesta kvinnorna varit ambivalenta till att gå in i behandlingen. Deras tidigare psykiska överlevnadslösning har varit att försöka gömma undan vad de upplevt eller glömma, tränga bort den traumatiska upplevelsen. De är emellertid väl medvetna om att reaktionerna på traumat hindrar dem eller att minnet dyker upp i oväntade situationer. Ibland har man försökt undvika situationer, som kan påminna om det inträffade och detta kan också inträffa i terapin. En känsla av att vara levande död, att själsligt ha dödats vid övergreppet eller vara vid sidan om livet kan vara den dominerande. Önskan att bli fri detta är i konflikt med rädslan att röra vid det oberörbara, rädslan att minnena åter blir smärtsamt tydliga och att mardrömmarna blir värre och kommer oftare.

Det kräver varsamhet av terapeuten att hjälpa kvinnan att våga möta sina minnen.

Ambivalensen har yttrat sig på olika sätt:

- ❖ Att komma till ett bedömningsamtal och sedan inte återkomma.
- ❖ Att komma, men utebli ibland, så att ingen kontinuitet åstadkommas.
- ❖ Att ge uppskattande ord och sedan utebli.
- ❖ Att forcerat tala om annat än vad hon kom för och därmed undvika att beröra det svåra.
- ❖ Att utebli som en reaktion på att vi berört eller närmat oss det svåraste.
- ❖ Att avbryta terapin för att sedan vilja återuppta den.
- ❖ Att komma, men vara tyst och/eller passiv.

Traumahistorien ändras

Att röra det länge oberörbara är smärtsamt. Detta innebär ibland att den första gången man benämner det inträffade är det flyktigt, man nuddar vid det snarare än berör. Man förenklar, beskriver i allmänna ordalag och undanhåller det svåraste och mest plågsamma. Först så småningom när tilliten till behandlaren byggts upp orkar kvinnan berätta den detaljerade versionen och genomleva de känslor som förstenats i hennes inre.

Stammen

Några kvinnor har tigit om övergreppet under många år. Tystnaden har varit en reaktion på skammen. Skammen över kroppen, som nu upplevs som smutsig, förgiftad och förstörd. Men inte bara skammen över kroppen, utan också skammen över sig själv som människa - hon känner sig ovärdig, förstörd i sina egna ögon, men också i sin föreställning av hur andra ska se henne.

Att i skam hålla övergreppet hemligt gör att hon känner sig falsk gentemot andra. Hon är rädd för att andra skulle stöta bort henne om de visste.

Att utsättas för övergrepp som ung flicka och på så sätt förlora sin oskuld försvårar utvecklingen till vuxen kvinna. Synen på sig själv och sin kroppsliga utveckling präglas av främlingskap och äckel. Relationen till män har påverkats - kvinnan känner sig inte värdig en mans kärlek; eller hon uppfattar den som något smutsigt och hotfullt.

Att som vuxen, gift kvinna utsättas gör att man känner sig dålig i förhållande till sin man. Hon är rädd för vad som kan hända om hon berättar för sin man eller han på annat sätt får veta: Kommer han att lämna henne?

Å andra sidan känner hon sig falsk och allt längre ifrån mannen om hon inte berättar. Övergreppet i sig påverkar makarnas sexualliv, utan att hon kan förklara för mannen varför. Hon känner sig fångad i en olöslig konflikt. En sådan konflikt försvårar möjligheten att bearbeta traumat.

Skuld

Att skuldbelägga sig själv är ytterligare en plåga, som vi sett i övergreppens spår.

"Jag borde gjort annorlunda!" "Jag kunde försvarat mig mer!" "Jag borde låtit dem döda mig i stället för att försöka överleva!"

Aggressiviteten, som hör hemma mot mannen/männen, som begick övergreppet riktas mot kvinnan själv. Hon fylls av självförelöser. Detta förstärker ytterligare kvinnans syn på sig själv som ovärdig och dålig.

Psykotisk toning

Vår erfarenhet talar för att de psykiska skadorna är mycket djupa, det sexuella intrånget har skadat djupa lager i personligheten. Vissa kvinnor upplever tidvis psykotiska mikroepisoder. Det förekommer förvirring vad gäller tid eller plats, känslor av överklighet (att inte veta om det är dröm eller verklighet), hallucinationer eller starka sinnesförnimmelser, som man vet inte är verkliga.

Övergripet och dess efterverkningar aktiverar lager i personligheten från tidiga utvecklingsfaser.

Kanske kan det finnas ett spektrum mellan dissociation och psykos?

Hopplösheten

Många känner periodvis en djup hopplöshet - "som att vara i totalt mörker". Känslan av att det inte finns något ljus. Konsekvensen därav har ibland blivit att kvinnan uteblivit, stängt in sig hemma och gjort sig onåbar på telefon. Detta stannar upp processen och det går då heller inte för terapeuten att vara ett ställföreträdande hopp, eftersom kvinnan gjort sig onåbar.

Katastrofkänslan

Känslan av att katastrofen alltid ligger nära gör att det för kvinnan tidvis kan kännas obefogat att arbeta för ett helande.

Konsekvensen av terapeutens "misstag"

Konsekvensen av att terapeuten sagt "fel" eller inte gått kvinnan till mötes beträffande olika önskemål har ibland fått dramatiska konsekvenser, av en art som påminner om arbetet med personlighetsstörda personer, som tenderar att bedöma andra utifrån skalan helt vit eller helt svart: en idealisering eller ett underkännande.

FÖRSVAR

Vår erfarenhet är att kvinnan hittat ett sätt att överleva med sin obearbetade traumaupplevelse genom att bygga upp psykologiska försvar. En lång väntan i ovisshet, t.ex. i väntan på asyl, gör att försvaren vittrar sönder, perforeras. Detta har lett till en allt bräckligare psykisk hälsa, ibland med ett totalt sammanbrott eller självmordsförsök till följd.

Vi har bedömt det olämpligt att fortskrida med det bearbetande terapeutiska arbetet, när kvinnans försvar har sviktat. Funktionen för oss behandlare då har varit huvudsakligen sammanhållande.

Isolering

Ofta har kvinnan överhuvudtaget inte berättat om övergreppet för någon. Ibland kan hon ha berättat eller nämnt det för någon. Men att berätta är inte detsamma som att bearbeta. Detaljerna och känslorna i situationen har isolerats från berättelsen, hon har aktivt undvikit att beröra dessa, att känna dessa. Känslorna är frusna till is och terapins uppgift är att smälta isen.

Undvikande

Att ständigt tala om t.ex. aktuella svårigheter i nuet och därmed undvika att tala om det svåra som var.

Förberedelse på katastrof

Att ständigt förbereda sig på att något hemskt ska hända gör att man garderar sig så att man inte blir överrumplad. Konsekvensen blir emellertid att det är svårt att glädja sig eller njuta fullt ut av något eller någon.

Dissociation

Av de kvinnor vi haft har vi inte hört någon, som under själva övergreppet dissocierat. Men i beskrivningar har framgått att man senare och i nuet dissocierar tidvis i förhållande till sin kropp: kroppen och dess smärta är avskiljd från det psykiska varandet. Andra gånger dissocierar man från vissa psykiska sensationer. Man iakttar en annan del av sig själv.

Somatiska symptom som sköld

En vedertagen uppfattning är att den själsliga smärtan ger utlopp i kroppen. Är det det psykiska traumat, som sätter spår i kroppen eller är det det kroppsliga traumat som sätter spår i själen? Vi ser inte att det finns ett generellt svar. Ibland förefaller det som att upptagenheten av de kroppsliga symptomen fungerar som ett skydd mot att röra vid den psykiska smärtan när minnena blir levande.

MOTÖVERFÖRING

Terapiprocessen är ytterst intensiv, vilket också inbegriper starka reaktioner hos terapeuten.

Vi har noterat flera olika reaktioner:

- ❖ Maktlöshet: att känna kvinnans maktlöshet - risk att agera
- ❖ Hopplöshet: att känna kvinnans hopplöshet
- ❖ Ilska: när kvinnan uteblir utan att höra av sig. Drivs terapeuten därigenom in i rollen av "förövare", "aggressor"?
- ❖ Svart - vitt: Idealisering. Att bli utsedd och ta på sig att vara "den vita". Att gå in i rollen som "den goda".
- ❖ Empatisk obalans: Den psykiska och fysiska balansen är i gungning med risk för överidentifiering och utmattning.
- ❖ Splitting och förvirring: liknande de upplevelser som kan uppkomma i arbetet med psykotiska patienter.

RESULTAT

I inledningen framställs som en hypotes att en kvinna vid sexuella övergrepp skadas på tre nivåer: hon har svårt att verbalisera upplevelsen, hennes självbild slås sönder och hennes bild av verkligheten skadas. Ovan har vi lämnat flera exempel som stödjer denna hypotes.

Vid utvärderingen har vi framför allt sett på hur vi har lyckats med den ursprungliga målsättningen (som finns preciserad i inledningen):

Att hjälpa kvinnan att verbalisera, att förbättra hennes självbild och hennes skadade bild av verkligheten.

Vår utgångspunkt var att en kvinna som inte kan verbalisera kommer att kommunicera sin situation genom andra uttrycksmedel, och vi avsåg att kunna nå kvinnan på dessa nivåer. Hur har detta fungerat?

Både vad gäller symbolisk gestaltning i bild och kroppsliga symptom har dessa tidigare berörts (sid 14 -15). De kan vara en väg och ett medel att vid sidan av den verbala bearbetningen hitta in i kvinnans trauma. Vi finner det däremot inte alltid vara så att en kvinna som inte hittar vägar att verbalisera sitt trauma i stället uttrycker det i bild eller kroppsliga symptom; tystnaden kan gälla också dessa områden.

Vad gäller kroppsliga symptom finner vi det troligt att de kroppsliga symptomen är en del av kvinnans bild av PTSD, besläktade med B-symptom såsom flashbacks, och att PTSD är ett syndrom med både psykiska och somatiska symptom.

Då PTSD förbättras, som förväntas ske vid en bearbetning exempelvis i psykoterapi, förväntas också de somatiska symptomen att lindras eller försvinna.

Har detta skett?

De tester som har utförts i regel före och efter behandlingen är PTSS-10 och HSC-25-S (bilaga 4-5).

12 kvinnor har testats.

Det förefaller finnas en viss överensstämmelse mellan svaren på dessa tester så att

PTSS-10	HSC-25-S
c:a 65/70 (61-70) motsvarar	c:a 91/100 (83-100)
c:a 55/70 (50-59)	c:a 82/100 (70-95)
c:a 44/70 (41-49)	c:a 60/100 (45-71)

Framför allt tre kvinnor avviker. Två av dem visar hög grad av somatiska symptom. Hos en kvinna är testresultatet före och efter psykoterapin i huvudsak oförändrade. Båda hennes testtillfällen (före och efter) visar hög grad av somatiska symptom. Den andra kvinnan, som också har många somatiska symptom har en somatisk sjukdom som kan förklara en del av hennes symptom. En tredje kvinna visar vid slutet av terapin jämfört med i början av terapin en hög skattning på testen HSC-25-S, medan hennes resultat på testen PTSS-10 är oförändrade. Hon har just fått ett avvisningsbeslut på sin asylansökan.

Om enbart de kroppsliga symptom som anges av testen HSC-25-S är medräknade, d v s frågorna 3 (yrsel) 5 (hjärtklappning) 6 (skakningar) 8 (huvudvärk) 15 (förlust av aptit) fås i huvudsak samma resultat så att två av kvinnorna har särskilt många somatiska symptom. Den tredje däremot visar framför allt ökad rädsla, inre oro och depression.

Hur har de kvinnor, som har många somatiska symptom förändrats under psykoterapins gång?

Båda kvinnorna uppnår i huvudsak samma testresultat i början och i slutet av terapin. Detta stämmer med att deras återupplevelse av traumat fortfarande är stark med flera B-symptom inklusive somatiska symptom. Båda kvinnorna har dock lättare att i slutet av terapin verbalisera sitt trauma. Det är dock ännu för kort tid för att se om detta också kommer att minska de somatiska symptomen.

Vi kan alltså se flera tecken på att kvinnorna har hjälpts att verbalisera sitt trauma men att behandlingstiden varit för kort för att nå uppenbara resultat vad gäller somatiska symptom.

Terapiresultat vad gäller behandling av kvinnans självvärde har bedömts utifrån fråga 25 i testen HSC-25-S (Känsla av värdelöshet). Åtta kvinnor har testats i början av projektet och tio i slutet av projektet. Två (2) av kvinnorna har förbättrat sitt självvärde på så sätt att detta givet utslag i testen (från 4 till 3 på fråga 25). Ytterligare tre (3) kvinnor som ej testats med HSC-25-S i början av terapin visar i slutet av terapin skattning 1-2 på denna fråga. De har

initialt bedömts ha ett sämre självvärde. Två (2) kvinnor anger i början av terapin skattning 1-2. De övriga kvinnorna (3) anger i slutet liksom i början av terapin den högsta skattningen, d v s mycket låg självkänsla. Vi har bedömt att fem kvinnor förbättrat sitt självvärde.

En bedömning av kvinnans verklighetsuppfattning har testmässigt försökt bedömas utifrån fråga 17 i test HSC-25-S som ställer frågan om hopplöshetskänslor inför framtiden. Två (2) visar där mindre hopplöshetskänslor i slutet av terapin (minskat från max 4 till 3). Tre (3) kvinnor som ej testats med HSC-25-S i början av terapin anger i slutet skattning 2. En av dem låter lysa fram en förhoppning att ett bättre liv skall finnas, och den andra anger att det varierar, ibland ser det ljusare ut.

En (1) anger i början och i slutet av behandlingen gott hopp (skattning 1-2) De övriga visar ingen förändring i början och slutet av behandlingen; (3) anger högsta skattning 4 (eller högsta grad av hopplöshetskänslor) och (1) skattning 3: denna beskriver framtiden som grå men ej svart. Slutsatsen är att 5 kvinnor förbättrat sin känsla av hopp inför framtiden. Detta stämmer med den bedömning vi gjort trots att inte alla kvinnor är testade både före och efter behandlingen.

Den slutsats som kan dragas av denna utvärdering är att psykoterapi i regel kunnat hjälpa kvinnorna att verbalisera, den har ökat deras självvärdering och hoppfullhet inför framtiden hos 5 av de 12 kvinnorna som testats. Vi har dock i regel funnit att vi skulle ha behövt en längre och mer rofylld tid för att nå goda resultat. Dels har behandlingstiden varit för kort, dels har terapin gång på gång styckats sönder av yttre episoder som upplevts som i hög grad hotande och traumatiserande av kvinnorna. Nästan uteslutande rör sig dessa episoder om negativa asylbeslut som återväckt den rädsla och det självförakt som kvinnan började få under kontroll.

För tre av kvinnorna kan fortsatt behandling möjliggöras när projektet avslutas i juni 1999.

AVSLUTNING

Skadorna av institutionaliserat sexuellt våld är djupa och omfattar både det fysiska och det psykiska varandet. Att i sin kropp vara invaderad av fienden är skamfyllt. Kvinnans inre blir ett slagfält. Hon känner sig inte längre som ägare till sin kropp. I kroppen finns det som inte kunnat kläs i ord och det har inte heller kunnat bearbetas och lagras som en integrerad del av kvinnans historia. Det är smärtsamt för henne att bryta upp dörren till minnena; det sätter igång starka känslor och kroppsminnen. Det är lätt att förstå den ambivalens som kvinnorna känner inför detta.

Majoriteten av de kvinnor som sökt till Saraprojektet har, till vår förvåning, varit asylsökande. Hur har de kvinnor fått hjälp, som redan har asyl och som har samma bakgrund? Är det så att rädslan att närma sig det svåra ökar med tiden eller är det så att det sker en självläkning? Sker en läkning eller tar sig skadorna uttryck i kroniska fysiska och psykiska symptom, som man förlorat hoppet att få hjälp med?

Eftersom förmågan att relatera har skadats har det tagit lång tid att skapa en terapeutisk allians, i vilken det känts möjligt för kvinnan att utsätta sig för smärtan i att minnas. Det bearbetande arbetet har sedan kunnat ske på det sätt och med den metod, som befunnits lämplig för den enskilda kvinnan. Kvinnorna har i behandlingen fått möjlighet att berätta. Därigenom har flera av dem för första gången kunnat dela den "hemlighet", som de burit ensamma, ibland i flera år. Lättnaden däröver har tydligt uttryckts. De har i psykoterapin kommit mer eller mindre långt i att integrera övergreppet i sin historia. Självvärderingen har ökat och också hoppfullheten inför framtiden.

Problematiskt har varit den korta projektiden, med behandlingstider på högst 1½ år och lägst 4 månader. Fyra av kvinnorna var i fortsatt behov av behandling, men kunde inte erbjudas någon möjlighet till detta när projektet

avslutades. Detta ställde oss inför ett svårt etiskt problem: är det etiskt försvarbart att påbörja en psykoterapeutisk behandling utan att garanterat kunna slutföra den? Vi ser ändå att dessa kvinnor fått en, om än begränsad, hjälp i sin situation. De har fått hjälp till en viss bearbetning av det skedda och de har fått hjälp att härda ut i en oviss situation.

Tanken att återvända till det land, där övergreppen begåtts, har varit outhärdlig för de asylsökande kvinnorna. Samtal därom har väckt starka panikreaktioner. Avvisningsbeslut har i två fall följts av desperata självmordsförsök. Hotet att åter utsättas för eller riskera att möta förövarna (ofta fortfarande i samma maktposition) har känts överväldigande. Dessa starka känslor bör ställas mot de sannolikhetsbedömningar, som det är Invandrarverkets och Utlänningsnämndens uppgifter att göra. Vi vill dock stryka under att de känslorna inte kan reduceras av förståndsmässiga resonemang. Känslan av hot och av att vara ytterst sårbar är kvinnans realitet och är en del av hennes psykologiska trauma. Därför är det också svårt att läka skadorna så länge kvinnan inte är i säkerhet med uppehållstillstånd.

REFERENSER

- American Journal of Orthopsychiatric: Ledare i 66(1) Januari 1996: "Sexual Torture as an Instrument of War" (referat till Dragico Kozaric-Kovacic's artikel 1995, se ref.!)
- Andreski P, Chilcoat H & Breslau N (1998) "Post-traumatic Stress Disorder and Somatization symptoms: a prospective study." *Psychiatry Research* Jun 15;79(2) sid 131-138.
- Aswad E M (1996) "Torture by means of rape." *Georgetown Law Journal* 84:5 sid 1913-1943.
- Burgess A W & Holmstrom L L (1974) "The Rape Trauma Syndrome" *American Journal of Psychiatry*, 131, sid 981-986.
- Cloitre M, Scarvalone P & Difede J A (1997) "Posttraumatic Stress disorder, Self- and Interpersonal Dysfunction among Sexually Retraumatized Women." *Journal of Traumatic Stress* 10:3 sid 437-452.
- Cloitre, Marylene (1998) "Sexual Revictimization; Risk factors and Prevention". I Follette V M, Ruzek J I, Abueg F R (ed) *COGNITIVE- BEHAVIORAL THERAPIES FOR TRAUMA*. The Guilford Press, New York and London; sid 278-304.
- Dahl S (1989) "Acute response to rape - a PTSD variant." *Acta Psychiatr. Scand.* 355 Suppl. sid 56-62.
- Davidson J R T, Hughes D, Blazer D G & George L K (1991) "Posttraumatic Stress disorder in the Community; an Epidemiological Study." *Psychol.Med.* 21 sid 731-21.
- DSM III (1980) III-R (1987) och IV (1994): *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Wash. D.C. Översättning till svenska av Jörgen Herlofson och Mats Landqvist, Pilgrim Press 1995.

- Dunn S & Gilchrist V (1993) "Sexual Assault". Primary Care 20:2 June sid 359-373.
- Ford Ch (1997) "Somatic symptoms, Somatization and Traumatic stress; An Overview." Nord J Psychiatry 51(1) sid 5-13.
- Freud S & Breuer J (1895) "Studies in Hysteria." i THE COMPLETE PSYCHOLOGICAL WORKS: Standard edition; utgiven av J Strachey 1917. Hogarth, London.
- Goldfeld A, Mollica R, Pesavento B & Farone S (1988) "The Physical and Psychological Sequelae of Torture". JAMA 259:18, May 13; s 2725-2729
- Horowitz M J, Wilner N, Kaltreider N & Alvarez W (1980) "Signs and Symptoms of Post-traumatic Stress disorder." Arch. Gen. Psychiatry 37 sid 85-92.
- Hougen H P (1988) "Physical and Psychological Sequelae to Torture. A Controlled Clinical Study of Exiled Asylum Applicants. "Forensic Science International, 39, sid 5-11.
- Janet P (1889) L'AUTOMATISME PSYCHOLOGIQUE. Félix Alcan. Paris
- Juhler M (1993) "Medical Diagnosis and Treatment of Torture Survivors." I INTERNATIONAL HANDBOOK OF TRAUMATIC STRESS SYNDROMES, utg. J P Wilson och B Raphael; sid 763-766.
- Kilpatrick D G, Best C L & Veronen L J (1985) "Mental Health correlates of Criminal Victimization". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53(12), sid 866-873.
- Kimerling R & Calhoun K (1994) "Somatic Symptoms, Social Support, and Treatment Seeking Among Sexual Assault Victims." Journal of Consulting and Clinical Psychology 62:2 sid 333-340.
- Koss M P, Koss P G & Woodruff W J (1991) "Relation of Criminal Victimization to Health Perceptions among Women Medical Patients." Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, sid 147-152.

- Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Skrinjaric J, Szajnberg N M & Marusic A (1995) "Rape, Torture and Traumatization of Bosnian and Croatian Women: Psychological Sequelae." *Am J Orthopsychiatr.* 65(3) July sid 428-433.
- Krystal H (1979) "Alexithymia and Psychotherapy." *Am J Psychother.* 33 sid 17-31.
- Lebowitz L & Roth S (1994) " 'I Felt Like a Slut': The Cultural Context and Women's Response to Being Raped." *Journal of Traumatic Stress* 7:3, sid 363-390.
- Lewis Herman, J (1992) *TRAUMA AND RECOVERY - From Domestic Abuse to Political Terror.* Basic Books, USA.
- Lindy J, Green B & Grace M (1992) "Somatic Reenactment in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder." *Psychother Psychosom.* 57 (4) sid 180-186.
- Meyer M (1994) "The Symbolic Expression of Pain". I Lavik N J, Nygård M, Sveaas N & Fannemel E (utg) *PAIN OF SURVIVAL*; Oslo.
- Mollica R & Son L (1989) "Cultural Dimensions in the Evaluation and Treatment of Sexual Trauma." *Psychiatric Clinics of North America*, Vol 12 No 2, June; sid 363-379.
- Moscarello R (1991) "Posttraumatic Stress Disorder after Sexual Assault: it's Psychodynamics and Treatment." *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 19 (2) sid 235-253.
- Nemiah J C (1991) "Dissociation, Conversion and Somatization." I Tasman A, Goldfinger S M (utg) *REVIEW OF PSYCHIATRY* Vol 10 Wash. (DC). Amer. Psychiatric Press, sid 248-260.
- Olujic, Mariam (1998) "Embodiment of Terror: Gendered Violence in Peacetime and Wartime in Croatia and Bosnia-Hercegovina" *Medical Anthropology Quarterly* 12(1) sid 31-50.
- Putnam, F W (1985) "Dissociation as a Response to extreme Trauma." I R P Kluft (utg) *CHILDHOOD ANTECEDENTS OF MULTIPLE*

PERSONALITY sid 65-97. Washington, DC:American Psychiatric Press.

Root M (1991) "Persistent, Disordered Eating as a Gender-specific, PostTraumatic Response to Sexual Assault". Psychotherapy Vol 28 (1), våren sid 96-102.

Roth S & Newman E (1991) "The Process of Coping with Sexual Trauma." Journal of Traumatic Stress 4:2 sid 279-297.

Roth S, Newman E, Pelcovitz D, van der Kolk B, & Mandel F (1997) "Complex PTSD in Victims exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder". Journal of Traumatic Stress 10:4 sid 539-555.

Rothbaum B, Foa E, Riggs D, Murdock T & Walsh W (1992) "A prospective Examination of Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims." Journal of Traumatic Stress 5:3 sid 455-475.

Shalev A, Bleich & Unsano R J (1990) "Posttraumatic Stress disorder: Somatic Comorbidity and Effort tolerance." Psychosomatics 31 sid 197-203.

Shearer S L (1994) "Dissociative Phenomena in Women with Borderline Personality disorder." Am. Journal of Psychiatry 151, sid 1324-1328.

Skyly, Grethe (1992) "The Physical Sequelae of Sexual Torture" I Basoglu, Metin (utg) TORTURE AND ITS CONSEQUENCES sid 38-55. Cambridge Univ. Press.

van der Kolk B, Greenberg M, Boyd H & Krystal J (1985) "Inescapable Shock, Neurotransmitters, and Addiction to Trauma: toward a Psychobiology of Posttraumatic Stress." Biol. Psychiatry 20 sid 31-325.

van der Kolk B A & van der Hart (1989) "Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma." American J of Psychiatry 146 sid 1530-1540.

van der Kolk, B A (1994): "The Body keeps the Score: Memory and the evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress." Harv Rev Psychiatry Jan-Feb;1(5) sid 253-265.

Waitzkin & Magana H (1997) "The Black Box in Somatization: Unexplained Physical Symptoms, Culture, and Narratives of Trauma." Soc.Sci.Med. 45(6) sid 811-825

White P & Faustman W (1989) "Coexisting Physical conditions among Inpatients with Post-traumatic Stress disorder." Mil. Med. 154 sid 66-71.

Zlotnick C, Begin A, Shea T M, Pearlstein T, Simpson E & Costello E. (1994) "The Relationship between Characteristics of Sexual Abuse and Dissociative Experiences." Comprehensive Psychiatry, 35, s 465-470.

BeFRI, Box 3105, 750 03 Uppsala