

Traumepsykologisk materialesamling

Psykiske følger efter voldtægt

Ask Elklit, Line Eiby Andersen & Helle Spindler

2020

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
Indledning.....	3
Omstændigheder ved voldtægt	4
Offerets oplevelse af voldtægt	5
Det psykologiske chok	6
Erindringer om traumet.....	9
Øvrige faktorer	10
Klinisk diagnostisk beskrivelse.....	11
Kriterier for PTSD.....	12
Genoplevelse	12
Undgåelse	12
Forhøjet vagtsomhed.....	13
Kompleks Posttraumatisk Stress (ICD-11)	13
Sekundære følger i forbindelse med PTSD	14
Traumatisering er indlejret i det sociale liv	15
Social støtte	16
Andre instanser	17
Senfølger.....	17
Sårbarhedsfaktorer ift. senfølger	18
Opsummering.....	19
Sammenfatning om eftervirkninger	20
Voldtægtsofferets behov.....	20
Referencer	21

Indledning

Justitsministeren nedsatte i oktober 2018 et ekspertpanel, der blandt andet skulle se nærmere på, hvad der kan gøres for at forbedre forholdene for ofre for voldtægt. På baggrund af panelets arbejde og forslag har justitsministeren anmodet om udarbejdelse af et katalog over de traumereaktioner, som er typiske reaktioner og eftervirkninger i forbindelse med og efter et seksuelt overgreb eller voldtægt, 'således at offeret ikke skal redegøre for objektive forhold vedrørende traumereaktioner' som beskrevet i anmodningen om udarbejdelsen af nærværende materialesamling. Materialesamlingen kan endvidere inddrages i undervisningen af henholdsvis politiet, anklagemyndigheden, bistandsadvokater og domstolene.

Hovedsigtet med kataloget er derfor at give et helhedsbillede af, hvad der sker for voldtægtsofferet samt de mange forhold, der spiller en rolle for forløbet før, under og efter voldtægten. Idéen er således at give en dybere baggrund for at forstå den enkeltes handlinger og reaktioner i relation til voldtægten, således at fagpersoner, der varetager forskellige arbejdsopgaver i forhold til personens anmeldelse og sag, er bedre klædt på til at respondere adækvat. En adækvat respons betyder i denne sammenhæng at sikre, at personen ikke belastes unødigt psykisk i efterforløbet, mens der ikke nødvendigvis tages stilling til et skyldsspørgsmål i juridisk forstand.

Kataloget er således en psykologisk og ikke en juridisk redegørelse. Mange voldtægtsofre og fagfolk har efterlyst en større viden om de særlige psykologiske forhold, som er af betydning for den optimale behandling af voldtægtsofre i retssystemet og hos politiet. Den psykologiske indgangsvinkel fokuserer derfor på den subjektive oplevelse af overgrebet, hvad der er noget andet end strafferetslige vinkel. Den subjektive oplevelse er af afgørende betydning for symptomudvikling og traumereaktioner og den påvirkes af de strafferetslige handlinger, lige som disse kan påvirkes af psykologiske forhold.

Omstændigheder ved voldtægt

Traumer, i psykologisk forstand, defineres oftest som begivenheder, hvor personen har oplevet død, trussel om død, aktuel eller trussel om alvorlig skade, eller aktuel eller trussel om seksuel vold (jf. APA, DSM-5, 2013). Personen vil ofte opleve disse begivenheder som ekstremt truende eller rædselsvækkende, og for nogle personer vil dette medføre at de får psykiske følger, også kaldet traumereaktioner, efter at have været eksponeret for sådanne begivenheder. Et seksuelt overgreb kan i denne sammenhæng altså forstås som et psykisk traume, der kan medføre psykiske traumereaktioner.

Traumereaktioner kan ikke ses løsrevne fra det, der er foregået før, under og efter det seksuelle overgreb. De afhænger af 1) overgrebets art, 2) situationsfaktorer ('stressorer'), 3) personerne og 4) konsekvenserne.

Nedenfor opridses forskellige omstændigheder, hvori en voldtægt eller seksuelt overgreb kan forekomme, og som kan påvirke/forværre traumereaktionerne hos et offer:

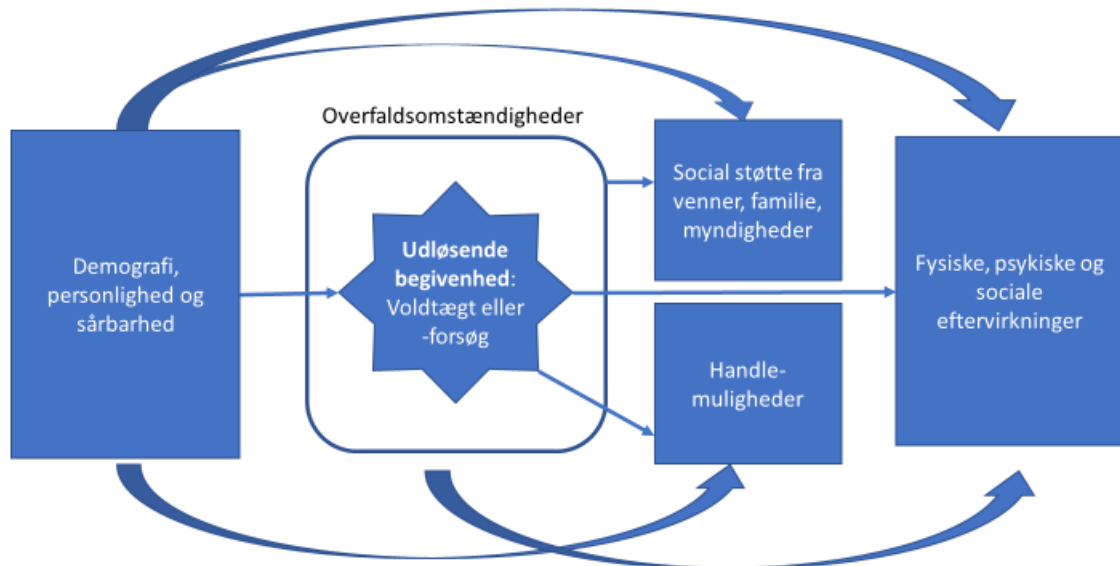
Ad 1) Det seksuelle overgreb kan indebære fysisk, psykisk eller social magt/tvang, ufrivillighed og kan ske, hvor offeret ikke er bevidst om den sker (erkender det først efterfølgende eller sent i forløbet). Overgrebet bliver ikke altid fuldbrydet (= penetration) og så taler vi om voldtægtsforsøg. De fysiske skadevirkninger kan variere meget.

Ad 2) Tvangen kan have mange former og grader (fra grooming til sadistisk vold), for nogle kan seksuelle overgreb/voldtægter være en tilbagevendende og fortsat trussel, fx i et parforhold; overgreb kan også ske i forbindelse med sex der fungerer som et 'betalingsmiddel' for at modtage underhold, opholdstilladelse, sikkerhed o.l. Seksuelle overgreb kan også ske i situationer med et højt socialt pres for at passe ind ('puttefester'), hvor ritualer kan ses som et langt forspil til voldtægten. I nogle sociale sammenhænge kan sex anses for at være en forpligtelse, som man ikke kan undslå sig for. Voldtægt kan også være frivillig og aftalt i s/m forhold og swingerklubber og vil i så fald ikke opleves som et overgreb. Voldtægten kan også fastholdes/filmes og spredes via de sociale medier. FN anser voldtægt begået af soldater i en krig som tortur.

Ad 3) Personerne kan være fremmede for hinanden; men hovedparten af alle seksuelle overgreb udøves af en kendt person: partner, kæreste, ven, bekendt, et familiemedlem, en autoritetsperson (læge, lærer, træner) (CSO, 2020a). En ulige relation, som fx stor aldersforskel vil tit vanskeliggøre modstand, fordi den ældre person naturligt tillægges autoritet og magt. Der kan være én eller flere gerningsmænd. Gerningsmand og offer har hver deres personlighed; nogle personligheder er mere sårbare og skrøbelige end andre. Nogle har handicaps, der kan vanskeliggøre modstand og opklaring af voldtægten.

Ad 4) Det seksuelle overgreb kan medføre kvæstelser, kønssygdomme og graviditet. De psykiske skader vil blive uddybet nedenfor. De sociale konsekvenser omfatter ofte fordømmelse og kritik af offerets adfærd fra familie og omgangskreds, trods det at offerets instinktive reaktion ofte har været det mest hensigtsmæssige i den konkrete situation. Her spiller omgivelsernes reaktion mere bredt også en væsentlig rolle, idet mange ofre udsættes for sekundær viktimitisering på grund af den måde de behandles på, dvs. de tillægges skyld for det overgreb, de har været udsat for. Skylden tillægges ofte indirekte og subtilt via tilsyneladende 'uskyldige' spørgsmål og adfærd, som af det sårbare offer opleves som en skjult anklage.

De mange nævnte forhold ovenfor betyder, at traumereaktioner kan være forskellige og at der er flere mulige reaktionsmønstre. Det er derfor svært at tale om objektive forhold ift. hvad der grundlæggende er en subjektiv oplevelse. I figur 1 vises de områder, der især har betydning for udvikling af traumereaktioner.



Figur 1: De vigtigste elementer i forståelsen af traumereaktioner efter voldtægt

Et voldtægtsoffers reaktioner og håndtering af oplevelsen vil således påvirkes af flere forskellige omstændigheder. Typen af voldtægt, personens oplevelse af handlemuligheder, personlighed og tidligere erfaringer samt den sociale støtte, eller mangel på samme, fra familie og venner og offentlige instanser vil alt sammen påvirke, hvordan offeret reagerer; og både reaktioner umiddelbart efter et overgreb og de psykiske følger over længere tid skal ses i lyset af disse faktorer.

Offerets oplevelse af voldtægt

Nils Christie (1986) har beskrevet 'det ideelle offer', der passer til vores grundforestilling af hvad der karakteriserer et offer: offeret er et 'pænt, ordentligt' menneske og har et legitimt formål med sin tilstedeværelse. Gerningsmanden er ukendt og tiltvinger sig sex. Offeret gør modstand, men kan ikke forhindre voldtægten. Offeret anmelder voldtægten og søger hjælp (Laugerud, 2020a). Tæt knyttet til forestillingen om det ideelle offer er en række voldtægtsmyter, der udtrykker generelle forventninger om, hvad der definerer en voldtægt, hvorfor den finder sted, og hvordan offeret hhv. gerningsmand bør reagere når der er tale om voldtægt.

Disse forestillinger om det ideelle offer og en "rigtig voldtægt" passer kun på meget få af virkelighedens seksuelle overgreb. Almindelige variationer kan være:

- a) Offeret siger nej, protesterer, men opgiver modstand.

- b) Er lammet af frygt og yder ingen modstand.
- c) Er dopet, meget fuld, sover tungt, vågner måske op.
- d) Sex er 'noget for noget' (penge, slik, opholdstilladelse) og modstand mod tvang vil betyde, at offeret mister værdifulde ressourcer. Gerningsmanden udnytter et afhængighedsforhold.

Et væsentligt forhold at være opmærksom på er, at den subjektive oplevelse af et overgreb er et psykologisk og socialt fænomen og som sådan noget helt andet end den fx juridiske definition og vurdering af en konkret situation.

Mary Koss (1985) har fx lavet undersøgelser, hvor hun fik studerende til at forholde sig til grad af kontrol, ufrihed og tvang i forbindelse med seksuelle erfaringer. Baseret på omfanget af tvang var der mange, der havde været udsat for voldtægt, men som ikke selv definerede hændelsen som voldtægt, selvom de juridisk set opfyldte kriterierne.

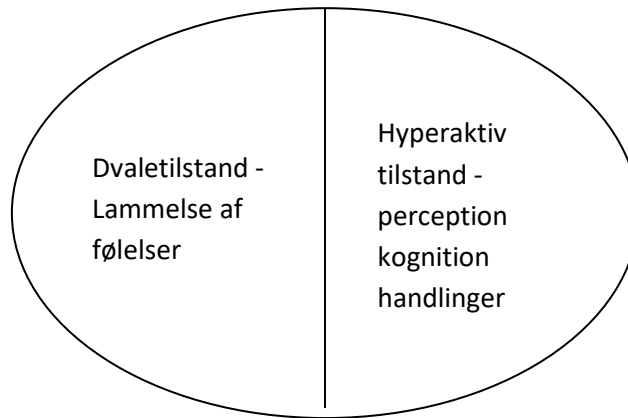
Et forhold, som kan have betydning, er den rolle voldtægten spiller for offerets sociale situation. Den muslimske pige, der vil blive udstødt af familien; den enlige mor, som de sociale myndigheder holder godt øje med, fordi de synes, hendes børn mistrives og overvejer at tvangsfjerne dem (Fine, 1984); den kvinde, hvis mand er voldsomt jaloux, og måske ville blive drabsmand eller gennembanke hende, hvis han vidste besked. Gymnasiepigen, hvor gerningsmanden går i parallelklassen og en anmeldelse kan medføre at offeret bliver udstødt af gruppen (Clasen et al., 2018)

Det er endvidere vigtigt at være opmærksom på, at man ikke automatisk kan gå ud fra, at en fuldbyrdet voldtægt har flere negative følgevirkninger end et voldtægtsforsøg. Enkelte undersøgelser viser, at den afbrudte eller forhindrede voldtægt kan være lige så belastende som den gennemførte voldtægt.

I det følgende skal vi se på hvilke umiddelbare reaktioner der kan opstå ifm. et seksuelt overgreb.

Det psykologiske chok

Et seksuelt overgreb opleves ofte som et psykologisk chok, der også kan aflæses i personens fysiologiske respons. Efter at en livstruende fare er fornemmet, består den fysiologiske chokreaktion i en omfattende mobilisering af kroppens ressourcer: 1) Blodet trækkes væk fra yderområderne og ind til hjertet og kroppens store muskler 2) leveren frigiver blodsukker 3) der frigives endorfiner, som sænker smertetærsklen. Den kropslige mobilisering gør os parate til at kæmpe eller flygte. De ældre dele af hjernen (hjernestammen og det limbiske system) overtager styringen af adfærden. Nogle personer vil være i stand til kæmpe eller flygte, men for andre er det ikke en mulighed.



Figur 2. Model for bevidstheden i chok

Den parallelle psykologiske proces er beskrevet i figur 2. Det er som om bevidstheden spaltes i en særlig opmærksom og vågen del (højre side af figur 2), som er meget koncentreret om overlevelsesrelevante sanseindtryk (gerningsmandens øjne eller den kniv, han har placeret ved siden af offerets hals), tanker ('hvad kan jeg gøre for at slippe væk', 'prøve at huske kendetegn til et signalement') og handlinger ('at være helt tavs', 'at sinke forløbet ved at være helt passiv i håb om at nogen dukker op'). Den anden del af bevidstheden (venstre side af figur 2) er som lammet og medfører at personen 'fryser', bliver passiv eller på anden måde ikke opleves reaktiv af sine omgivelser, herunder overgriberen.

Nogle ofre formår alligevel at være snarrådige og finder i situationen på noget, der udsætter eller standser voldtægten ('skal vi ikke hellere gå hjem til mig?'; 'jeg har aids'; 'jeg bløder meget'); andre ofre oplever en så stor livsfare, at de vælger at hjælpe gerningsmanden med at gennemføre voldtægten. Nogle gange trøster og støtter de gerningsmanden efterfølgende og bliver måske kørt hjem. Dette reaktionsmønster kaldes 'tend and befriend' og er en instinktiv måde at sikre egen overlevelse og minimere skader i en overvældende og uventet situation. For omgivelserne kan dette fremstå som accept af overgrebet og en form for samarbejde, men hvem vil ikke gerne samarbejde, hvis det mulige alternativ er døden? Pointen er at vi taler om instinktive valg, som træffes lynhurtigt ud fra en umiddelbar trusselvurdering, og ikke velgennemtænkte rationelle strategier. Derfor kan det være svært for udenforstående at sætte sig ind i hvorfor ofret handler som det gør, ligesom det kan være svært for ofret at forklare baggrunden for sine handlinger.

I situationen hjælper fraspaltningen af følelser til at forhindre kaotisk adfærd som kunne skade personen yderligere. Gerningsmanden - og senere andre personer og offeret selv - kan fejltolke den tilsyneladende ro i situationen pga. de fraspaltede følelser, som om der var tale om velovervejethed og accept fra offerets side.

Almindeligvis vil det være følelserne der lammes eller er fraværende, hvilket kan medføre at offeret oplever det hele som uvirkeligt, lidt ligesom en film. Som nævnt ovenfor kan det også være kroppen, der er lammet. Denne tilstand optræder, når personen ubevidst erkender, at der ikke er nogen chance for at undslippe. Levine (1997) kalder denne tilstand for 'tonisk immobilitet', hvilket er en paradoksalt blanding af

spændthed fra kamp/flugt-mobilisering (jf. højre side af figur 2), og så en passiv stivnet tilstand med lav puls, uden tanker, med følelseløshed, og smertefrihed (jf. venstre side af figur 2). Oplevelsen af fysisk lammelse, eller tonisk immobilitet defineres som 'formindsket/forringet eller fraværende frivillig bevægelse i respons til en traumatisk hændelse, ledsaget af nedsat vocal capacity' (TeBockhorst et al., 2015, p. 171) – altså en formindsket eller fraværende evne til aktivt at sige fra verbalt. De primære komponenter, som oftest er til stede ved tonisk immobilitet, er 'fysisk immobilitet og frygt' (Fusé et al., 2007). Tilstanden skyldes, at det sympatiske og det parasympatiske nervesystem er aktiverede samtidigt og derfor modvirker hinanden, hvilket medfører at adrenalin-niveauet er højt, mens kroppen standser helt op, eller med andre ord, at speeder og bremse er aktiveret på samme tid (Rotschild, 2000). Dette reaktionsmønster har vi fælles med pattedyr og fugle, og det betragtes som en direkte forlængelse af de reaktioner, man kan observere i dyreverdenen, fx 'spille død', hvor det er udviklet til beskyttelse mod rovdyr (Marx et al., 2008), som når et mindre dyr bliver jaget af et større, stærkere rovdyr og dyret reagerer ved at spille død. Et rovdyr reagerer instinktivt på bevægelse og mister interesse, når denne ikke er til stede, hvorfor den instinktive lammelse fungerer som et veludviklet og effektivt forsvar. Mønstret har således i sin oprindelse en potentiel overlevelsesværdi, fordi gerningsmanden kan miste interessen, hvis offeret ikke længere responderer eller kan betyde en mere skånsom død eller færre fysiske skader. Varer tilstanden for længe, kan den være livstruende.

Det skal understreges at tonisk immobilitet er en instinktiv, ubevidst og ufrivillig reaktion, og selvom mange kan have har en forestilling om hvordan man bør reagere, og dermed også hvordan de forventer at de selv vil reagere i en overfaldssituation jf. voldtægtsmyterne beskrevet ovenfor, så oplever de, når situationen indtræffer, at de ikke er i stand til at kunne gøre noget; de føler sig lammet og uden kontrol over deres krop eller stemme. Godt en fjerdedel af de behandlingssøgende, der henvender sig akut efter en voldtægt har oplevet sig lammet i overgrebsøjeblikket og har derfor ikke gjort modstand (CfV, 2019).

De ændrede bevidsthedstilstande, som opstår i forbindelse med en sådan spaltning i bevidstheden, når man går i chok, resulterer i, at information bearbejdes på et ikke-bevidst niveau, som er kendetegnet ved kropsfornemmelser, forestillingsbilleder og sanseoplevelser (Christianson, 1996). Dette kan igen have betydning for hvordan vi indprenter eller husker den begivenhed vi har været udsat for. Når vi er i en sådan bevidsthedstilstand, vil vores adfærd være instinktiv, overlevelsesorienteret, og ikke rationel og logisk (se fx også denne animationsfilm, der beskriver denne proces (<https://www.voldtaegt.dk/fagpersoner/nar-hjernen-gar-i-forsvar/>)).

Ovennævnte kan forklare det fænomen, at traumatiserede personer ofte ikke frivilligt kan genkalde sig de voldsomme begivenheder, fordi disse blev oplevet eller indlært i en ekstraordinær bevidsthedstilstand, hvor de højere kognitive funktioner (rationel tænkning, sprog osv.) ikke var tilgængelige. Dette synspunkt kaldes 'tilstandsafhængig indlæring' og indebærer behandlingsmæssigt, at offeret må bringes tilbage til samme tilstand for at kunne genkalde sig forløbet. Det kan fx. have betydning for offerets evne til at genfortælle handlingsforløbet efterfølgende.

Den beskrevne spaltning kaldes også for en 'dissociation' og kan ses som et psykologisk forsvar eller en midlertidig flugt og distancering fra uundgåelige rædsler. Man kan sige at personen fjerner sig psykisk fra den konkrete situation for at undgå den fysiske og psykiske (her særligt den følelsesmæssige) virkelighed.

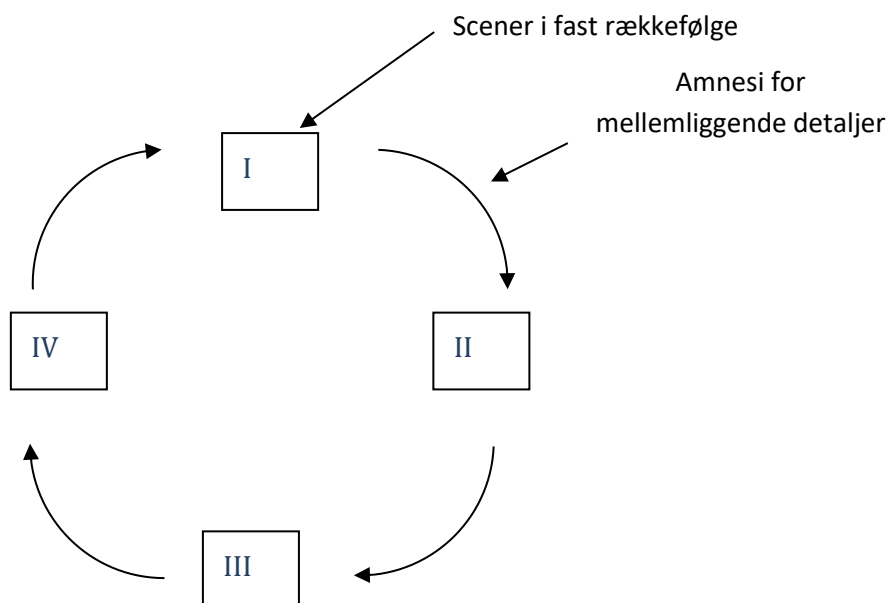
En sådan reaktion kan være en 'ud-af-kroppen' oplevelse, hvor personen oplever at se sig selv udefra, eller vedkommende indsnævrer sin opmærksomhed markant og fokuserer derfor på specifikke detaljer af situationen (oftest de ufarlige), mens andre detaljer (det truende og farlige) fraspaltes (om end disse potentielt kan genkaldes senere). En passiv, ikke-deltagende kvalitet i personens reaktionsmønster kan nogle gange være et tegn på en dissociativ reaktion.

Dissociation ses ikke kun under voldtægten, men vil også kunne være ved efter overgrebet (fx ved amnesi for hele eller dele af oplevelsen, der ikke kan genkaldes frivilligt), eller opstå igen, når personen konfronteres med erindringer om overgrebet. Dette medfører, at et offer potentielt kan dissociere under sin vidneforklaring, fordi den minutiøse gennemgang af detaljerne gør denne så levende at offeret har brug for at distancere sig psykisk fra erindringen. Dette kan derfor medføre at offeret har vanskeligt ved at afgive en sammenhængende og fyldestgørende vidneforklaring.

Selv om dissociativ adfærd er et normalt reaktionsmønster i unormale og chokerende situationer, beregnet på at beskytte både fysisk og psykisk, så kan denne adfærd også opleves skræmmende for offeret, der kan få en fornemmelse af at være psykisk ude af balance. Her vil det være vigtigt at bekræfte offeret i, at dette er velkendte og normale reaktioner, der ikke som udgangspunkt skal forstås som patologiske.

Erindringer om traumet

I dagene efter voldtægten foregår der en vigtig ændring af indtrykkene hos de fleste ofre. Processen er illustreret i figur 3. Nogle indtryk fra oplevelsen udvælges (ubevidst) og begynder at tiltrække sig mere energi og samtidig begynder glemslen at brede sig for de mellemliggende detaljer. Disse indtryk er tit bestemte scener, hvor situationen tog en ny drejning, fx da angrebet startede, da gerningsmanden trak sit lem frem, eller da andre kom til stede, og det pludseligt var muligt at flygte.



Figur 3. Model for den perceptuelle kondensering efter traumer

Efter kort tid begynder disse udvalgte scener at optræde i en bestemt rækkefølge i offerets bevidsthed/opmærksomhed. Scenerne og rækkefølgen gentages hundredvis af gange på en måde som offeret ikke selv har kontrol over, og det opfattes af personen som en genoplevelse af bestemte scener, billeder eller lyde, også nogle gange beskrevet som ufrivillige erindringer. Det er svært, tit umuligt, for offeret at koncentrere sig om arbejde eller studier, og i fritiden når hun vil slappe af, er det også tit umuligt, fordi 'filmen' med scenerne afspilles hele tiden, ja selv om natten fortsætter den. I PTSD-diagnosen (se senere) tales om invaderende genoplevelser, fordi det fanger essensen af det påtrængende, som offeret kun med stort besvær kan skubbe væk. Oplevelsen af ikke at kunne bestemme over sin egen opmærksomhed er meget generende og kan medvirke til en frygt for, at man er ved at blive skør, og det påvirker hverdagen og funktionsniveauet negativt.

Disse genoplevelser vil ofte medføre at personen bruger en stor del af sin energi og mentale kapacitet på at finde måder hvorpå disse genoplevelser kan undgås, fx ved at trække sig fra sociale sammenhænge, blive hjemme, eller altid have nogen omkring sig til at skabe tryghed. Selvom den tidligere beskrevne spaltning eller dissociation ikke længere er fremtrædende, kan personen dog være i en stadig tilstand af hyperarvågenhed, da oplevelsen medfører at personen er blevet overdrevent opmærksom på faresignaler i omgivelserne. Tilsammen udgør disse 3 reaktionstyper, der ofte optræder sammen, at personens ressourcer til at klare hverdagen ofte bliver udtømte før tid, hvorfor traumereaktioner ikke udelukkende kan forstås som det, der sker i forbindelse med den konkrete hændelse, men også de reaktioner, der udvikler sig over tid som en følge af begivenheden. Hvordan den individuelle traumereaktion udformer sig i tiden efter hændelsen, vil vi se nærmere på i det følgende.

Øvrige faktorer

Flere forhold kan influere på, hvordan vi reagerer på de svære begivenheder, og i hvilket omfang vi belastes efterfølgende.

Nogle af disse forhold kan handle om, at man har følt sig truet på eget liv og legeme og måske været i kontakt med egen dødsangst. Det kan være overvældende skræmmende at have været angst for at skulle dø eller blive invalideret. I sådanne situationer kan man, som beskrevet ovenfor, reagere med tonisk immobilitet eller dissociation på grund af truslen – eksempelvis under voldtægten helt undlade at gøre modstand, underkaste sig totalt eller råbe om hjælp, hvilket kan være en livsreddende handling i situationen, men i efterforløbet kan offeret plages af skyldfølelse og selvbeprejdelse over ikke at have handlet anderledes i situationen.

Andre forhold som har betydning kan være graden af tabsoplevelse i situationen. Som eksempel på graden af tabsoplevelser kan i forbindelse med seksuelle overgreb nævnes fysiske skader, tabet af tilliden til andre mennesker, tabet af troen på at være usårlig, at ingen vil gøre én ondt eller tabet af troen på, at man altid nok skal klare sig.

Graden af uforudsigelighed kan ligeledes påvirke oplevelsen af traumet og efterforløbet. Har man mulighed for mentalt at forberede sig på en svær begivenhed, kan man nå at indstille sig og dermed opbygge en form

for kontrol (man ved, hvad man kan forvente), hvilket ikke er muligt ved den uventede hændelse. Uforudsigelighed er også med til at påvirke, i hvor høj grad, man har følt sig i fare. Efter voldtægten kan man tænke, at 'der skete jo ikke noget alvorligt med mig', men det kan man ikke vide, når man er i situationen og står overfor et uforudsigeligt og ofte aggressivt menneske. Efterfølgende vil kroppen og nervesystemet derfor reagere med at være i forhøjet alarmberedskab.

En længerevarende belastning som fx at være taget som gidsel gennem længere tid kan få sværere konsekvenser for den, som udsættes for oplevelsen end en ganske kortvarig hændelse. Risiko for gentagelse af traumatet er ligeledes meget belastende. Lever man for eksempel i et voldeligt forhold, hvor risikoen for at blive udsat for voldtægt er vedvarende, kan tanken om gentagelse af hændelsen være angstskabende i sig selv. Personen vil ofte udvikle følelser af skam og blive nedbrudt, hvilket fx kan komme til udtryk som følelser af ikke at være noget værd, eller ikke at kunne sige fra. I tillæg hertil vil personen ofte være meget bange og i forhøjet alarmberedskab. Tilsammen gør angsten og de negative tanker om sig selv, at det kan være vanskeligere at berette om, eller anmelde disse oplevelser og overgreb.

Situationer, hvor der kan forekomme, hvad man kan kalde en moralsk konflikt, kan også være svære. Et voldtægtsoffer, der måske har været svært alkoholpåvirket ved voldtægten eller frivilligt har fulgt voldtægtsmanden, kan rammes af selvbebrejdelser, skyldfølelse og skamfuldhed, ligesom omgivelserne tilsigtet eller utilsigtet kan reagere fordømmende overfor offeret. 'Kunne du ikke have tænkt dig om? Var du ikke selv lidt ude om det?' - og andre lignende reaktioner.

Hele samfund kan nogle gange påvirkes i større grad af voldtægt. I krigen i Bosnien og Kosovo brugte man i vidt omfang voldtægt som undertrykkelses- eller udstødmiddel, hvor talrige kvinder ikke blot led under krigen og dens følger som resten af befolkningen, men også led af følgerne efter voldtægten med mulig graviditet til følge og med moralske overvejelser om, hvorvidt de skulle beholde deres 'djevlebørn' og leve med skammen resten af livet eller skille sig af med børnene.

Traumereaktioner er således komplekse størrelser, der ikke lader sig entydigt forudsige, men påvirkes af mange forskellige faktorer, herunder hvad der skete under overgrebet, hvordan personen føler sig mødt og anerkendt i efterforløbet, samt hvilken hjælp og støtte der kan opnås på sigt.

Klinisk diagnostisk beskrivelse

De kliniske erfaringer og forskningen viser, at voldtægt kan have alvorlige fysiske, psykiske og sociale konsekvenser for ofrene selv mange år efter overgrebet. En række af de psykiske symptomer er samlet i den diagnostiske betegnelse posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD). I det følgende gengives kriterierne for PTSD ud fra ICD-11 (World Health Organization, 2018), der indføres herhjemme i 2022.

Traumereaktioner kan udgøres af mange andre psykiske vanskeligheder udover PTSD. Firs procent, af de der har PTSD har en anden samtidig ('komorbid') diagnose, hvoraf de fire hyppigste er angst, depression, misbrug og fysiske symptomer, såsom smerte- eller spændingstilstande.

Kriterier for PTSD

PTSD inddrager offerets oplevelse af begivenheden og rummer tre distinkte kernesymptomer, der repræsenterer den centrale dynamik i tilstanden. For at kunne diagnosticeres med posttraumatisk stress ud fra ICD-11, skal offeret have været ude for en voldsom begivenhed, samt have symptomer indenfor tre overordnede kategorier af reaktioner:

- *Genoplevelse*
 - Billeder eller erindringer, hvor hændelsen opleves igen her og nu.
 - Belastende drømme om begivenheden.
- *Undgåelse*
 - Undgåelse af tanker og følelser forbundet med overgrebet
 - Undgåelse af aktiviteter, situationer eller mennesker, som minder om traumet
- *Forhøjet alarmberedskab*
 - Vagtsomhed: øget opmærksomhed på omgivelser på udkig efter potentielle trusler
 - Forhøjet nervøsitet, let til forskrækkelse

I forbindelse med genoplevelse ses ofte stærkt psykisk og fysisk ubehag ved at blive mindet om hændelsen. Ved undgåelsesadfærd ses derudover ofte hukommelsesvanskeligheder, mindre lyst til at deltage i aktiviteter og social isolation, følelsen af at være fjern fra sine egne følelser og en stor grad af håbløshed. Søvnproblemer og kognitive vanskeligheder samt irritabilitet og humørsvingninger ses ofte også i forbindelse med forhøjet alarmberedskab.

Genoplevelse

Genoplevelsessymptomer refererer til at den traumatiserede genoplever den traumatiske hændelse, som om den sker igen jf. tidligere afsnit. Genoplevelsen er typisk også ledsaget af psykisk ubehag på niveau med den psykiske reaktion ved det oprindelige traume. Ofte vil genoplevelsessymptomer manifestere sig, når den traumatiserede på baggrund af indre tilstande (følelser, tanker, erindringer) eller ydre stimuli (lyde, steder, personer) bliver mindet om traumet. Disse stimuli kaldes også 'traume-triggere', fordi de udløser genoplevelsessymptomerne.

Undgåelse

Undgåelsessymptomer udgøres, som navnet antyder, af den adfærd personen iværksætter for at undgå at blive mindet om traumet eller genoplevelsessymptomer, som beskrevet ovenfor. Det kan fx være at personen aktivt forsøger at undgå at tænke på traumet eller undgår ting, steder, og andre personer som minder personen om traumet på grund af det intense ubehag, som erindringer om overgrebet frembringer. Disse symptomer kan derfor ofte medføre at personen indskrænker sit sociale liv, kan få svært ved at følge en uddannelse, passe et arbejde etc. Disse symptomer kan også aktiveres, når personen skal fortælle om den traumatiske hændelse, hvor den følelsesmæssige påvirkning bliver så voldsom, at personen 'lukker af' for erindringen og følelserne. Dermed kan personen fremstå som om vedkommende ikke husker oplevelsen præcist, eller at den ikke har påvirket personen følelsesmæssigt (fordi historien genfortælles på en mekanisk måde).

Forhøjet vagtsomhed

Den tredje symptomgruppe udgøres af symptomer på at personen er i et øget alarmberedskab ('hyperårvågenhed'), dvs. at nervesystem og sanseapparat konstant er aktiveret og konstant på overarbejde. Dette kommer fx til udtryk ved en øget grad af opmærksomhed på omgivelser, en øget vagtsomhed ift. potentielle trusler i omgivelserne. Det kan også komme til udtryk som en øget nervøsitet, og at personen lettere forskrækkes end tidligere. Disse symptomer forstås ofte som udtryk for at den traumatiserede på baggrund af den traumatiske hændelse har en forventning om at noget lignende kan ske igen, eller at verden generelt er mere farefuld end den traumatiserede forventede inden den traumatiske hændelse. Personen er derfor konsekvent på vagt ift. at identificere tidlige og mulige tegn på fare og trusler i omgivelserne.

Symptomerne vil almindelig begynde at optræde kort tid efter voldtægten og udvikler sig til fuld PTSD, men aftager så igen hos mange. Flere end halvdelen af de behandlingssøgende har PTSD og mange lider stadig af PTSD mange år efter voldtægten. Det er ikke ualmindeligt, at symptomerne først udvikler sig efter et stykke tid, hvilket kaldes 'forsinket PTSD', (Elklit og Christiansen, 2010). Dette kan gøre det vanskeligt at identificere årsagen til symptomudviklingen og dermed få stillet den rigtige diagnose og få etableret den rette støtte og behandling. Af den grund bør læger og andre behandlere arbejde traumeinformeret, dvs. de orienterer sig om forekomsten af traumatiske hændelser i forbindelse med de tilrettelægger deres intervention.

Kompleks Posttraumatisk Stress (ICD-11)

I en erkendelse af at disse 3 symptomgrupper (genoplevelse, undgåelse, forhøjet alarmberedskab) ikke altid er tilstrækkeligt til at afspejle kompleksiteten af traume-reaktioner har WHO i 2018 med ICD-11 indført en diagnose for kompleks PTSD, dvs. at personen ud over PTSD tillige også har en række andre symptomer. Kompleks PTSD ses oftest ved længevarende, gentagende og interpersonelle traumatiske hændelser, såsom tortur, vold i parforhold, overgreb eller vold i barndommen, men kan også forekomme ved enkeltstående traumer som fx voldtægt.

Udover symptomer på PTSD beskrevet ovenfor, kendetegner kompleks PTSD sig ved

- 1) problemer i affektregulering,
- 2) negative tanker om én selv såsom mindreværd samt følelser af skam, skyld og oplevelsen af utilstrækkelighed og
- 3) svært ved at opretholde relationer og at føle sig tæt på andre.

Konsekvenserne af denne udvidede PTSD-diagnose er ofte langt mere alvorlige end ift. PTSD, både i forhold til personens relationer til andre, parforhold, familierelationer og også med hensyn til evnen til at fuldføre

en uddannelse eller fungere i et job. Mennesker med komplekse traumer har derudover ofte selvmordstanker, større grad af dissociation og lider ofte af psykiske og fysiske sygdomme.

Sekundære følger i forbindelse med PTSD

Fremkomsten af PTSD diagnosen betød en identificering af de primære områder i traumatiseringsprocessen som beskrevet ovenfor. På den baggrund blev det muligt også at udskille en række andre symptomer, som er meget hyppigt forekommende ifm. traumatisering. Disse kaldes under ét de sekundære symptomer ved PTSD, fordi de er følgetilstande til den primære traumatiske dynamik. Nogle af følgerne består af samtidig anden sygdom (=komorbiditet). I det amerikanske diagnosesystem DSM-5 har man valgt at inkludere nogle af disse symptomer som en del af PTSD-diagnosen, der tillige indeholder en sektion om negative tanker og følelser om én selv i forbindelse med traumatisering, negative vurderinger af ens måde at håndtere situationen på og over tid generaliseret lavt selvværd og tillid til egne evner. Pointen er her, at det er vigtigt også at orientere sig i forhold til sekundære følger af traumatisering, uanset om disse er specifikke symptomer, der i nogen sammenhænge (fx i DSM-5) indgår i en diagnose, eller om der er tale om selvstændige samtidige diagnoser, som fx depression eller angst.

Relativt mange ofre får stillet diagnosen *depression* i efterforløbet af traumatiske hændelser som bl.a. voldtægt. De depressive perioder kan være af kortere eller længere varighed og intensitet og kan forekomme år efter overgrebet.

Angst er et meget udbredt fænomen blandt voldtægts ofre, hvor en stor del af voldtægts ofre lider af angst i umiddelbar tilknytning til overgrebet, men angsten er også til stede som en langtidseftervirkning, om end den ændrer karakter. I umiddelbar tilknytning til voldtægten angiver 72% af ofrene at have lidt af dødsangst (Peters, 1976, iflg. Elklit, 1993). Kort efter voldtægten angiver mange at være angst for situationer eller stimuli, der minder om voldtægten såsom angst for mænd, angst for at gå ud i mørke, eller for at være alene. Angsten synes på længere sigt at blive mere generaliseret, men også panikangst og forskellige former for fobi er almindelige følger (Zinzow et al., 2012).

Impulsiv adfærd kommer til udtryk som en reaktionsdannelse, når fx et offer efter en livstruende hændelse eller et seksuelt overgreb er i kaos rent følelsesmæssigt og har oplevet at miste kontrol over sit liv og sig selv. Den impulsive adfærd kan tillige komme til udtryk på mange måder ved pludselige og drastiske livsændringer, såsom jobskifte, flytning, ophør af parforhold, rejser, ændring i livsstil o.l.

Misbrugsproblematik ses også som sekundære symptomer ved PTSD, hvor undersøgelser viser, at risikoen for alkohol- og stofmisbrug er 2-4 gange højere blandt ofre for seksuelle overfald end blandt andre (Elklit, 1993). Misbrug kan opfattes som en form for selvmedicinering, der tilsyneladende kan forekomme hensigtsmæssig lige efter voldtægten, men som hurtigt kan få karakter af et nyt selvstændigt problem, der rummer sin egen afhængighedsskabende dynamik.

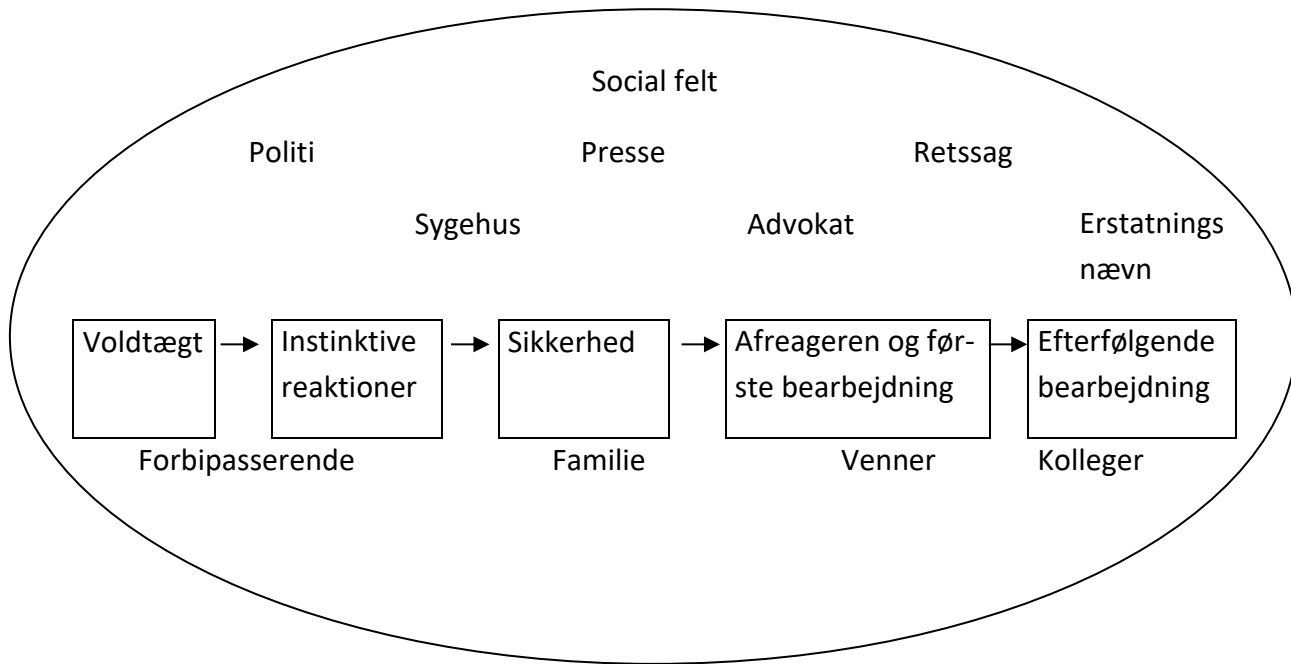
Mange ofre er plaget af *kropslige reaktioner* som kvalme, opkastninger, hovedpine og muskelspændinger, mave-tarmproblemer, forhøjet blodtryk samt gynækologiske symptomer mv. Nogle mennesker, herunder kvinder fra andre kulturer, synes at reagere mere kropsligt end følelsesmæssigt i efterforløbet af en traumatisk hændelse, og de mere følelsesmæssige aspekter risikerer at blive overset.

Flere ofre beretter om en *ændret tidsopfattelse*; tiden under den belastende hændelse gik ekstremt langsomt – og at forløbet foregik i slowmotion. Denne ændrede tidsopfattelse, der indtil for nylig har været et diagnosekriterie i DSM-IV, kan betyde ekstra tid for offeret til at vurdere situationen og til at tage stilling til egne handlinger. Tiden kan af andre også opleves, som om den flyver af sted, hvilket kan bevirke et ekstra psykisk pres på offeret. Tidsopfattelsen kan efter et overfald ændre sig på den måde, at offeret holder op med at tænke på og planlægge en fremtid og i stedet lever fra dag til dag. Vedkommende begynder måske at tage varsler som en slags advarsel og bruge disse til at begrænse sin livsudfoldelse. Når kontroltabet har været totalt, kan dette igangsætte en proces, hvor offeret anvender sort-hvid eller magisk tænkning i forsøget på at reducere angst, ubehag og genetablere kontrol.

Ændrede jeg-funktioner ses ligeledes ofte som sekundære PTSD symptomer, hvor offeret i sine følelsesmæssige og adfærdsmæssige reaktioner kan regrediere, dvs. gå tilbage til tidligere udviklingstrin. Man kan fx i en periode have et stort behov for tryk og af den grund øge sin afhængighed af andre, fx have brug for at sove sammen med nogen eller at nogen følger én, når det er mørkt o.l. Har man befundet sig i ekstreme situationer, hvor man har haft følelsen af at miste kontrol over sig selv eller over situationen, reagerer flere efterfølgende med et behov for at øge egen kontrol i forsøg på at undgå at bringe sig i en lignende situation igen. Dette kan komme til udtryk på mangfoldig vis, hvor man kan undgå at bringe sig i situationer, der minder om den belastende begivenhed. Er man måske blevet overfaldet på en mørk vej en aften, kan man senere forsøge at skabe kontrol ved at undlade at gå alene ud om aftenen. Har man været udsat for et seksuelt overgreb på et diskotek, mens man var spirituspåvirket, kan man forsøge at genskabe kontrol ved at undlade at gå på diskotek, eller ved at undlade at drikke spiritus. Mange afvaskninger og hyppig rengøring kan også være forsøg på at genoprette følelsen af kontrol. Kontrolbehovet kan blive så stærkt, at livsudfoldelsen indskrænkes væsentligt.

Traumatisering er indlejret i det sociale liv

De sociale omgivelser har, som nævnt, stor betydning for den heling eller forværring af symptomer, som et voldtægtsoffer kan opleve. Det sociale felt er både de nære relationer, bekendtskaber, skolekammerater og offentlige instanser og pressen. I figur 4 illustreres denne dynamik og påvirkning, hvor særligt to forhold fremhæves. For det første en slags forløbskæde fra selve overgrebet til bearbejdningsprocessen, hvor de instinktive reaktioner kommer efter anslaget ('voldtægten') og fører til sikkerhedssøgende adfærd. Først når offeret har opnået en subjektiv følelse af sikkerhed, er det muligt, at der kan ske en følelsesmæssig afreagering og en første bearbejdning, som er en betingelse for den efterfølgende, dybdegående bearbejdning af oplevelsen.



Figur 4: Model for traumereaktioner i en social kontekst

Det andet forhold i figur 4 er, at voldtægten og forløbet er indlejret i et socialt felt, som omfatter både tilfældigt forbipasserende hjælpere, familie, venner og kolleger på den ene side og forskellige myndigheder og officielle instanser på den anden. *Hver eneste person og myndighed har mulighed for at forstærke eller svække konsekvenserne af voldtægten gennem sine reaktioner.* Ved at være forbeholden, ambivalent, formel, bureaukratisk eller negativ forværres ofrenes reaktioner, og en sekundær viktimering kan finde sted. Dvs. at offeret oplever den negative respons som endnu et overgreb, blot af en anden karakter. I den forbindelse kan det være relevant at inddrage begrebet 'restorative justice', en tilgang, der fokuserer på at skabe en situation, der prøver at reparere skaderne hos ofret fremfor kun at have fokus på dom og afstraffelse. Dette kan fx opnås ved at en relevant person, fx den pågældende dommer, bruger noget på at forklare offeret baggrunden for den kommende dom (Hvad siger loven? Hvad siger beviserne?). Ideen med denne intervention er at anerkende og dermed validere offerets oplevelse af at være udsat for et overgreb, også selvom dette ikke kan anerkendes juridisk og føre til domfældelse (Koss, 2006).

Social støtte

Mange undersøgelser har vist, at social støtte fra familie og venner er af stor betydning, når en person møder modgang i livet. Også når det drejer sig om voldtægt, er der en klar effekt af social støtte (Elklit, 1993). Sales et al. (1984) fandt, at tætte familiebånd betød større akut belastning, men derefter færre symptomer hos voldtagne kvinder, og at denne faktor var den mest betydningsfulde mht. at forudsige symptomomfanget på længere sigt.

Der er stor opmærksomhed på kvaliteten af den sociale støtte, som ofrene modtager, og en spirende forståelse af den dynamik, som relationen repræsenterer. Allerede Porritt (1979) har demonstreret, at kvaliteten af den modtagne sociale støtte mht. empati, respekt og autenticitet havde afgørende betydning

for tilpasning og velbefindende. Porritt antog, at den sociale støtte påvirker offerets mestringsanstrengelser (dvs. forsøget på at håndtere det vedkommende har oplevet), som virker tilbage på giverne af den sociale støtte, og dette samspil påvirker forløbet i positiv eller negativ retning. Porritt fandt ligeledes, at virkningen af gode, støttende relationer kan ophæves af mangelfuld støtte fra andre personer eller instanser som fx sekundær viktimering.

Omgivelserne trækker sig nogle gange væk fra offeret, fordi dets lidelser er for store, og omgivelserne føler sig afmægtige. Pårørende bliver i mange tilfælde også alvorligt påvirket af voldtægten, og kan også udvikle traumatiske reaktioner (Christiansen et al., 2012). Denne oplevelse skaber en slags normalitetspres for offeret: Den voldtagne oplever, at vedkommendes følelser og reaktioner er for meget og belaster omgivelserne. Den mest nærliggende løsning vil for mange ofre være at holde sine tanker og følelser for sig selv for herigennem at skåne familie og venner (Paap, 1981; Elklit, 1993). Flere (Solomon, 1986; Buunk & Hoorens, 1992) har gjort opmærksom på, at langvarig og uønsket afhængighed af familie og venner medfører stress og fjendtlighed. Både amerikanske (Burgess & Holmstrom, 1979) og norske (Dahl, 1993) undersøgelser viser, at halvdelen af alle faste forhold brydes indenfor hhv. 6 og 12 måneder efter en voldtægt. Da flertallet af de undersøgte kvinder er unge, ville nogle af disse forhold måske været gået i stykker under alle omstændigheder, men alligevel er tallet alarmerende højt. Personen kan også være negativt påvirket både ift. at varetage et arbejde, gennemføre en uddannelse, deltage i almindelige sociale aktiviteter og indgå i relationer og socialt samvær med venner, familie og i forhold til partneren og eventuelle børn.

Burgess & Holmstrom (ibid.) beskrev også et meget stort antal flytninger som følge af en voldtægt. Det samme fandt Elklit & Shevlin (2009) i en registerundersøgelse af danske voldtægtsofre. Flytninger kan i en del tilfælde ses som en beskyttelsesadfærd væk fra gerningsmanden og kan i den sammenhæng ses som en urimelig ekstra omkostning ved voldtægten.

Andre instanser

I en undersøgelse af volds- og voldtægtsofre fra Randers viste det sig, at halvdelen af de, der læste om deres overfald i pressen, følte sig dårligt behandlet på grund af unøjagtigheder og fordrejninger, som pyntede lidt på historien, men som samtidig udstillede offeret som mere delagtig. Medieomtalen påvirker familiemedlemmer, venner, bekendte, kolleger, naboer og ukendte, som bygger deres opfattelse af det hændte på det beskrevne (Elklit, 1993). Erfaringsmæssigt er det vanskeligt at få ændret en opfattelse af et forløb, som allerede er blevet udbredt.

Udover presseomtalen er domstolene en myndighed, som i stort omfang bidrager aktivt til en sekundær viktimering af volds ofre, fordi ofrene føler sig dårligt behandlet. Op mod 80% af de volds ofre, som deltog i et prospektivt interventionsstudie følte sig dårligt behandlet i retten og en stor del havde brug for en støttende eskorte til og under retssagen samt en efterbearbejdning af den behandling, de fik i retten, der for mange opleves som et nyt overgreb (Elklit, 1993).

Senfølger

Udover de akutte følgevirkninger vil der ofte også være senfølger, dvs. vedvarende problematikker, som voldtægtsofre lever videre med i lang tid efter voldtægten, og som man måske ikke over tid umiddelbart vil

kunne spore tilbage til voldtægtsoplevelsen; medmindre man er opmærksom på denne sammenhæng eller man blot antager at disse problematikker altid har været til stede.

Sårbarhedsfaktorer ift. senfølger

Udviklingen af potentielle senfølger efter voldtægt kan være vanskelig at forudsige specifikt, da det ofte vil være en kompleks kombination af forskellige faktorer, der er med til at determinere det endelige udfald. Der er dog forskning, som peger på forskellige sårbarhedsfaktorer, som man har betydning for udvikling af senfølger.

Ligesom for kvinder, findes der stærke og fremtrædende myter om voldtægt af mænd (Walfield, 2018). Forskningen tyder på, at sådanne misforståelser, såsom at mænd ikke kan voldtages og at mandlig udløsning er tegn på en positiv seksuel oplevelse, påvirker både behandlingsmuligheden for mænd, mænds motivation for at søge hjælp samt muligheden for at få sin sag for retten (Bullock et al., 2011). Forskelle på voldtægt hos mænd og kvinder ligger blandt andet i, at mænd sjældnere opsøger hjælp i forbindelse med et seksuelt overgreb. Antallet af henvendelser til landets voldtægtscentre ligger på ca. 4% (CSO, 2020b).

Derudover er der flere forekomster af drugrapes hos mandlige end hos kvindelige ofre (Larsen & Hilden, 2016). Når det kommer til psykologiske reaktioner på voldtægt, har undersøgelser af voldtagne mænd vist samme symptombillede som hos kvinder. Blandt andet symptomer på posttraumatisk stress, angst, depression, inkl. skam og følelsen af skyld, ses ofte hos mandlige ofre, og der er derudover en høj forekomst af misbrug (Tewksbury, 2007).

Psykiske vanskeligheder og misbrug er faktorer, der både øger sårbarheden for at blive udnyttet og voldtaget, og som efterfølgende er med til at skabe betydelige tilpasningsproblemer. Elklit & Shevlin (2011, 2013) fandt en stærkt forhøjet forekomst af psykiatriske diagnoser før voldtægten. Når man kontrollerede for den forhøjede forekomst, var der efter voldtægten en 10 gange højere forekomst af psykoser og 6 gange højere forekomst af angstlidelser *efter* voldtægten. Disse undersøgelser bygger på et case-control design af registerdata, hvor et stort antal tilfældigt udvalgte personer med samme køn, alder og kommune udgør kontrolgruppen.

Den bedste prædiktor for udviklingen af PTSD er kvindens oplevelse af at have været i fare for at blive kvæstet eller miste livet (Kilpatrick et al., 1989). Risikoen for PTSD stiger næsten tre gange, hvis kvinden har været bange for sit liv eller er kvæstet (Resnick et al., 1993).

Dahl (1993) fandt i modsætning til Kilpatrick et al. (ibid.), at graden af PTSD i de første uger og måneder efter voldtægten ikke kunne forudsige forekomsten af PTSD efter et år. Dahls analyse viste derimod, at tre faktorer tilsammen kunne forudsige 86% af PTSD-tilfældene 12 måneder senere. De tre faktorer var: a) betydelig grad af fysisk vold og/eller et våben b) tidligere psykiske problemer og c) bebrejdelser fra familie eller venner.

En anden faktor er retssystemets adfærd ift. offeret. Retssagen kan være med til at forlænge offerrollen og er stærkt belastende for ofrene pga. risikoen for fornyet viktimering, det direkte møde med gerningsmand, det stærkt rituelle sociale spil i retten, genoplevelsen af detaljer fra voldtægten og konfrontationen med en anden version af forløbet, der kan opleves som en ugyldiggørelse af offerets oplevelse (Laugerud, 2020b).

Voldsofre, som har selvbefrejdelse, har ifølge nogle undersøgelser en bedre prognose end de, der ikke har det. Selvbefrejdelse medvirker til at fastholde en følelse af kontrol og reducere hjælpeløsheden (Burgess & Holmstrom, 1979), uagtet at disse selvbefrejdelse ikke nødvendigvis er realistiske. Andre (Katz & Burt, 1988) har imidlertid fundet, at selvbefrejdelse efter voldtægt vanskeliggør bearbejdningsprocessen. Forklaringen herpå kan være, at der er tale om forskellige typer af selvbefrejdelse, adfærdsmæssige versus karakterologiske, hvor førstnævnte forbindes med positive virkninger og sidstnævnte med negative (jf. Janoff-Bulman 1992). Man bør altså være opmærksom på at selvbefrejdelse er en naturlig del af offerets bearbejdning af processen, og dermed ikke et objektivi udtryk for, at offeret kunne have handlet anderledes i situationen, idet handlingerne i situationen som regel er instinktive.

Sårbarheden efter traumer viser sig også ofte ved en dyb skamfølelse, der kan føres tilbage til følelsen af ydmygelse og hjælpeløshed. Offeret levede ikke op til sine egne idealer om at kunne klare sig, men oplevede at være et slags bytte for en andens vilje og ondskab. Mange ofre har fortrængt skamfølelsen, men i samspillet med omgivelserne kan skamfølelserne spores og i behandlingen kan de kortlægges, fortolkes og bearbejdes. Denne bearbejdning er som nævnt essentiel ift. at lindre en PTSD-tilstand.

Særligt ift. drugbruge: For nogle er det hjælpsomt ikke at kunne huske, hvad der er sket, men for andre vil det forværre deres tilstand og give fantasien frit løb (Russell, 2001). De kan fx komme i tvivl om hvad de har gjort i situationen, og dermed føle skam eller skyld, trods det at de ikke var bevidste om denne adfærd. Stoffer kan have forskellig effekt, hvor nogle sløver/gør bevidstløs (ketamin, rohypnol), og andre nedsætter hæmninger og øger seksuel lyst (MDMA, GHB). Stofferne er svære at spore, da de forsvinder ud af kroppen efter nogle få timer. De kan dog opspores via hårtest (Johansen, 2017).

Opsummering

De oven for beskrevne traumereaktioner skal ses som udtryk for ubevidste og instinktive reaktioner, og er derfor ikke noget, en person blot kan slå fra eller stoppe med. Reaktionerne skal forstås som et forsøg på at beskytte sig mod en trussel og ofte vil oplevelsen af, hvad der er en trussel, over tid blive generaliseret, og reaktioner derfor forstærket. Frygt og andre symptomer er opstået på grund af en specifik hændelse og kan derfor ikke nødvendigvis forsvinde, selv om truslen objektivi set ikke længere er til stede. Utryghed, ydre pres og uforudsigelighed er ofte voldsomme triggere for ofre for overgreb, netop fordi overgrebet eller voldtægten skete uforudsigeligt og derfor oplevedes voldsomt for den ramte.

Et menneske kan opleve få eller mange symptomer og i forskellige grader alt afhængig af hændelsens karakter, personlighed eller andre faktorer, som fx opvækst eller forudgående traumer. Man behøver ikke at opfylde kriterier for PTSD-diagnose for at lide betydeligt under belastningsreaktioner, som ofte vil blive forværret i pressede situationer, som fx et møde med gerningsmanden, en retssag eller afhøring hos politiet.

Sammenfatning om eftervirkninger

Sammenfatning af hovedtendenser i den internationale litteratur om eftervirkninger efter voldelige overfald (Elklit, 1993):

- 1) Det typiske offer har mange og alvorlige efterreaktioner af kognitiv, fysisk og emotionel art, dårligere selvfølelse, forringede sociale relationer og seksuelle problemer, når der er tale om voldtægt. Det typiske offer vil også udvise beskyttende adfærd, som begrænser dets hidtidige livsudfoldelse.
- 2) Der vil være fald i belastningsgraden af symptomer efter en periode på 2-3 uger og i de efterfølgende 3-6 måneder. Herefter synes symptomerne at stabilisere sig.
- 3) Der er almindeligvis langtidsvirkninger efter forskellige slags overfald. Nogle af disse varer i en årrække.
- 4) Højt symptomniveau lige efter overfaldet betyder som regel et højt symptomniveau et halvt år efter og endnu senere.
- 5) Der forekommer 'sleeper-effekter', dvs. at nogle symptomer, aktiveres efter et stykke tid, fx når man genoptager tidligere rutiner.
- 6) Der forekommer 'spredningseffekter', dvs. at nogle symptomer - især angst - breder sig og medfører neurotiske hæmninger på flere områder.
- 7) Der er ikke store forskelle i eftervirkninger ved forskellige former for overfald.
- 8) Der er individuelle forskelle: 25-33% klarer sig godt igennem og styrkes på nogle områder af overfaldet. En tilsvarende procentdel klarer sig dårligt igennem og får deres livsudfoldelse og livskvalitet permanent forringet pga. overfaldet.
- 9) De fleste ofre er undersøgt som enkeltindivider, uden at deres sociale omgivelser er inddraget. Mange ofre får ikke nogen social støtte. Ofrenes omgivelser lider ofte pga. overfaldet og ofte i et lignende omfang som offeret.

Voldtægtsofferets behov

Oplever et offer nogle eller alle af de her beskrevne traumereaktioner og -tilstande efter en voldtægt, uanset om det er sket for nyligt eller for længere tid siden, har det oftest nogle funktionelle konsekvenser, som kan være gavnlige at huske, når man er i kontakt med voldtægtsofre.

Forhøjet alarmberedskab og nedsat kognition kan give et stort behov for tryghed og forudsigelighed. Det er derfor væsentligt at forklare procedurer og gerne skrive det ned, da det ofte vil være svært for offeret at huske alt, hvad der er blevet sagt. Ting bliver ofte kaotiske for ofret og usikkerheden er ofte stor.

Det kan bl.a. betyde at det kan være svært for offeret at være tydelig og præcis i sin gengivelse af sine oplevelser, samt huske så meget som muligt i den rigtige rækkefølge. Her kan det at skabe tryghed og

tydelige rammer for det retslige forløb, bl.a. ved at skrive de forskellige trin ned (gerne med udgangspunkt i politiets materiale), være en god hjælp. Det kan også være en hjælp at huske at give løbende tilbagemeldinger til offeret – særligt i de ofte langtrukne processer, hvor ventetiden kan være svær at håndtere. Ventetiden kan ofte give anledning til yderligere stress, der igen kan påvirke kognition, hukommelse og koncentrationsevne negativt.

Re-traumatisering er en reel risiko i den efterfølgende proces efter en voldtægt, både fordi processen kan vare længe, er så usikker og kan virke konfronterende for offeret. Mødet med de første 'hjælpere' (politi, sygeplejerske m.fl.) kan have afgørende betydning for, hvordan offeret føler sig mødt og troet på, og hvor motiveret de vil være for at anmelde. I Danmark har flere instanser undersøgt dette, se fx Rigspolitiets aktuelle rapport om tilfredshed blandt borgere udsat for vold (Rigspolitiet, 2020), samt voldtægtssofres oplevelse af at anmelde seksuelle overgreb (Mulvad-Reinhardt, 2017) og voldtægtssofres oplevelse af den hjælp de får på et voldtægtscenter (Hjort, 2018).

Offeret kan derfor have brug for jævnlige tilbagemeldinger jf. ovenfor, men også en anerkendelse af dets oplevelse, at oplevelsen af trussel, rædsel, og afmagt og lammelse var reel, og ikke fantasi, at det ikke er offerets egen skyld, at offeret ikke selv fremprovokerede situationen osv. Netop fordi bevidsthed, hukommelse og koncentration kan være påvirket, kan offeret være i tvivl om realiteten af sine oplevelser. Her er det derfor relevant at anerkende offerets oplevelse, uden at dette nødvendigvis indebærer en juridisk bekræftelse af denne ved en evt. domfældelse. M.a.o. at offeret støttes i at kunne fastholde og gengive sin oplevelse så præcist som muligt, også når dette kan medføre følelsesmæssige udsving eller dissociative reaktioner. I sidstnævnte tilfælde vil det være relevant at give offeret en pause til at falde til ro, så den dissociative reaktion aftager, inden man går videre. Se også folderen 'Sådan hjælper du efter en voldtægt' for mere information om hvordan du kan hjælpe (<https://www.voldtaegt.dk/siteassets/center-for-voldtagtsoffre/fagpersoner/radgivende-folder-fagfolk-endelig-version-online.pdf>).

I betragtning af hvor få sager, der fører til domfældelse, kunne det have en væsentlig betydning, at den instans, der træffer afgørelse om sagen, tager sig tid til at gennemsnakke hele sagen og afgørelsen med voldtægtssofret og lytter til dennes oplevelser og forklarer præmisserne for afgørelsen i en tryk atmosfære, svarende til fremgangsmåden i 'restorativ justice' (Hansen, 2017).

Referencer

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: Author.

Bullock, C. & Beckson, M. (2011). Male victims of sexual assault: Phenomenology, psychology, physiology. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 39, 197-205.

Burgess, A. W., Holmstrom, L. L. (1979). Adaptive strategies and recovery from rape. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1278-1282.

- Buunk, B. P., Hoorens, V. (1992). Social support and stress: The role of social comparison and social exchange processes. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 445-457.
- Center for Seksuelle Overgreb (2020a). Overvejelser omkring anmeldelse. I *Center for Seksuelle Overgreb Statusrapport 2017-2019*. København, Rigshospitalet: <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-seksuelle-overgreb/om-centret/Sider/aarsrapporter.aspx> (under udarbejdelse)
- Center for Seksuelle Overgreb (2020b). *Center for seksuelle overgreb i tal for perioden 2014-2018*. Forfatter Aviaja Mose Wingender. Rigshospitalet. <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-seksuelle-overgreb/for-fagfolk/Documents/Aarsrapporter/center-for-seksuelle-overgreb-i-tal-2014-2018.pdf>
- Center for Voldtægt (2019). *Årsrapport 2018*. Center for Voldtægtsofre, Aarhus Universitetshospital: www.voldtægt.dk.
- Christiansen, D., Bak, R. & Elklit, A. (2012). Secondary victims of rape. *Violence and Victims*, 27, 246-262.
- Christianson, S. (1996) *Traumatiske erindringer*. København: Reitzel.
- Christie, N. (1986). The ideal victim. I E. A. Fattah (Ed.) *From crime policy to victim policy: Reorienting the justice system* (ss. 17-30). London: Macmillan.
- Clasen, L.E., Bruun, A.B. & Madsen, S.A. (2018). "What will my friends think?" Social Consequences for Victims of Sexual Assault in Peer Groups. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27, 217-236.
- Dahl, S. (1993). *Rape - A Hazard to Health*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Elklit, A. & Christiansen, D. (2010). ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (8), 1470-1488. Doi: 10.1177/0886260509354587.
- Elklit, A. & Shevlin, M. (2009). Sexual victimization as a risk factor for residential mobility: A case-control study using the Danish registry system. *Health*, 123, 502-505. Doi: 10.1016/j.puhe.2009.06.005
- Elklit, A. & Shevlin, M. (2011). Female Sexual Victimization Predicts Psychosis: A Case-Control Study Based on the Danish Registry System. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 1305-1310. Doi:10.1093/schbul/sbq048
- Elklit, A. & Shevlin, M. (2013). Sexual Victimization and Anxiety and Mood Disorders: A Case Control Study Based on the Danish Registry System. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 30(2), 119-124. Doi:10.1017/ipm.2013.9
- Elklit, A. (1993). *Offer for vold*. Århus Universitetsforlag.
- Fine, M. (1984). Coping with rape: Critical perspectives on consciousness. *Imagination, cognition and personality*, 3, 249-267.
- Fusé, T., Forsyth, J. P., Marx, B., Gallup, G. G., & Weaver, S. (2007). Factor structure of the Tonic Immobility Scale in female sexual assault survivors: An exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of anxiety disorders*, 21(3), 265-283.

- Hansen, N. B. (2017). *Reported rape: An investigation of attrition in a sample of reported rapes within a Danish police district*. Doctoral dissertation. Odense: Syddansk Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.
- Hjort, L (2018). *A coordinated community response to rape and sexual assault*. . Doctoral dissertation. Odense: Syddansk Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Macmillan.
- Johansen, S. S. (2017). Detection of the antipsychotic drug quetiapine in the blood, urine and hair samples of the victim of a drug-facilitated sexual assault. *Forensic science international*, 270, e12-e15.
- Katz, B. L., Burt, M. R. (1988). Selfblame in recovery from rape. I A.W. Burgess (ed). *Rape and sexual assault, II*. (151-168). New York: Garland.
- Kilpatrick, D. G., Calhoun, K. S. (1988). Early Behavioral Treatment for Rape Trauma: Efficacy or Artifact? *Behavior Therapy*, 19, 421-427.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J., Resnick, H. S. (1989) Victim and Crime Factors Associated with the Development of Crime-Related Post-Traumatic Stress Disorder. *Behaviour Therapy* 20, 199-214.
- Koss, M. P. (1985). The hidden rape victim: Personality, attitudinal and situational characteristics. *Psychology of Women Quarterly*, 9, 193-212.
- Koss, M. P. (2006). Restoring rape survivors: Justice, advocacy, and a call to action. Larsen, M. & Hilden, M. (2016). Male victims of sexual assault; 10 years' experience from a Danish Assault Center. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 43, 8-11.
- Laugerud, S. (2020a). Embodied truths and authentic selves: The constitution of evidence and credibility in rape cases. *The International Journal of Evidence & Proof*, doi.org/10.1177/1365712720928668.
- Laugerud, S. (2020b). *The Legible Rape Victim: How Disciplinary Discourses in the Legal System Create a New Victim Identity*. University of Oslo, Department of Criminology and Sociology of Law, The Faculty of Law: Ph.D Dissertation
- Levine, P. A. (1997). *Væk tigeren. Helbredelse af traumer*. København: Borgen.
- Marx, B. P., Forsyth, J. P., Gallup, G. G., Fusé, T., & Lexington, J. M. (2008). Tonic immobility as an evolved predator defense: Implications for sexual assault survivors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(1), 74-90.
- Mulvad-Reinhardt, S (2017). *Ofres oplevelser ved anmeldelse af seksuelle overgreb til politiet*. Justitsministeriets forskningskontor. <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-seksuelle-overgreb/for-fagfolk/Documents/ofres-oplevelser-ved-anmeldelse-af-seksuelle-overgreb-til-politiet2017.pdf>
- Paap, W. R. (1981). Being Burglarized: An Account of Victimization. *Victimology*, 6, 297-305.

Porritt, D. (1979). Social Support in Crisis: Quantity or Quality? *Social Science & Medicine*, 13A, 715-721.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., Best, C. L. (1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.

Rigspolitiet (2020). *Kriminalitetsramte borgeres tilfredshed med politiet*. Rigspolitiet, Politifagligt udviklingscenter og koncernudvikling. <https://politi.dk/-/media/mediefiler/landsdaekkende-dokumenter/landsdaekkende/nyheder/kriminalitetsramte-borgernes-tilfredshed-med-politiet.pdf?la=da&hash=39830927C0BAC7A745589B56533607BBF7FA3F98>

Russell, E. (2001) *The psychological consequences of drug rape*. Doctoral thesis (Dr.Clin.Psy.), University College London.

Sales, E., Blum, M., Shore B. (1984). Victim Readjustment Following Assault. *Journal of Social Issues*, 40. 117-136

Solomon, S. D. (1986). Mobilizing Social Support Networks in Times of Disaster. C. R. Figley, (ed.). *Trauma and Its Wake. VOLUME II: Traumatic Stress Theory, Research, and Intervention*. (232-263). New York: Brunner/Mazel.

TeBockhorst, S. F., O'Halloran, M. S., & Nylind, B. N. (2015). Tonic immobility among survivors of sexual assault. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 7(2), 171-178.

Tewksbury, R. (2007). Effects of Sexual Assault on Men: Physical, Mental and Sexual Consequences. *International Journal of Men's Health*, 6, 22-35.

Walfield, S. (2018). "Men cannot be raped": Correlates of male rape myth acceptance. *Journal of Interpersonal Violence*. Pp. 1-27. doi: 10.1177/0886260518817777.

World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th rev.). Geneva: WHO

Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J., & Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: Results from a national survey of women. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(6), 893-902.