



MÄN UTSATTA FÖR SEXUELLA ÖVERGREPP

Erfarenheter från ett psykoterapeutiskt arbete

Inger Björklund och Suzanna Boman



Tack till Brottsofferfonden, Bertil Wennborgs stiftelse och Kungliga Vetenskapsakademien.
Ett särskilt tack till de patienter vi har haft förmånen att få följa.

Att skapa förutsättningar för att förändra och förbättra människors liv har varit RFSU:s målsättning ända sedan starten 1933. RFSU är en politiskt och religiöst obunden ideell organisation med syfte att sprida en kunskapsbaserad och öppen syn på samlevnads- och sexualfrågor. Genom sexualupplysning, utbildning och opinionsbildning vill RFSU slå håll på fördomar, öka kunskapen och den sexuella hälsan, i Sverige såväl som internationellt. RFSU har ett frihetsperspektiv och rättighetsperspektiv på sexualiteten som utgår från allas frihet att vara, frihet att välja och frihet att njuta. När du köper en produkt, är medlem, samarbetar eller stödjer RFSU:s arbete bidrar du till fortsatt förändring av människors liv.

Förord

I denna rapport beskriver vi våra erfarenheter av sex års psykoterapeutiskt arbete med män utsatta för sexuella övergrepp. Rapporten lägger fokus på de inre upplevelserna hos männen. Utifrån ett psykologiskt perspektiv har vi velat skapa en djupare förståelse för den inre världen och de subjektiva upplevelserna. Vi belyser också samspelet mellan den inre upplevelsen och samhällets värderingar när det gäller utsatta män, eftersom samhällets normer och värderingar kring maskulinitet och sexualitet påverkar både offer och behandlare. Rapporten vänder sig framförallt till behandlare som kan tänkas möta män utsatta för sexuella övergrepp inom socialtjänst, sjukvård, ungdomsmottagningar och brottsofferjourer m.fl. Eftersom vi utgår ifrån våra erfarenheter av ett psykoterapeutiskt arbete beskrivs inte det akuta omhändertagandet här i någon större utsträckning. Skrifter som tar upp det akuta omhändertagandet efter ett övergrepp finns utgivna av bland annat NCK (2008:1), RFSU (Göthberg & Hedlund, 2005) och Rädda Barnen (www.raddabarnen.se).

Innehåll

Förord	1
Inledning	3
Vilka det är som sökt oss	4
Rapportens innehåll	5
Samhällsaspekter	6
Att möta män utsatta för sexuella övergrepp	14
Skydd, motstånd och försvar	18
Motstånd och försvar i psykoterapierna	24
Den talande kroppen	32
Skam	41
Slutord	43
Referenser	47

Inledning

RFSU-kliniken har i sitt uppdrag att söka synliggöra grupper av patienter som av olika skäl har svårt att få sina behov tillgodosedda inom ramen för den offentliga vården. Genom åren har kliniken därför fokuserat på olika områden där vi bedrivit metodutveckling, behandling och påverkansarbete i syfte att bidra till ett bättre omhändertagande av olika grupper.

Vid RFSU-kliniken finns lång erfarenhet av att möta människor utsatta för sexuellt våld. 1977 startade RFSU landets första våldtäktsklinik för kvinnor. Under åren har samhällets omhändertagande av våldtagna kvinnor utvecklats och kunskapen om dessa kvinnors behov har fördjupats. Fortfarande är dock manliga offer för sexuella övergrepp en osynlig grupp. Inom vården saknas många gånger rutiner för omhändertagande. Tystnaden kring att även män kan vara utsatta för sexuella övergrepp bidrar till att behövande inte söker vård. Under de senaste åren har RFSU-kliniken därför haft ett särskilt fokus på män utsatta för sexuella övergrepp och vi har i psykoterapeutiska kontakter tagit emot 42 män med dessa erfarenheter. Förutom att erbjuda bearbetning och

behandling till de män som sökt oss har syftet varit att försöka förstå mer av följderna av utsattheten och bidra till ökad kunskap om att även män kan vara utsatta för sexuella övergrepp.

En strävan har varit att sätta vårt psykoterapeutiska arbete i ett sammanhang. Redan hösten 2009 tog vi kontakt med kuratorer på de stora akutsjukhusen i Stockholms län för att undersöka vilken erfarenhet som fanns av att möta män utsatta för sexuella övergrepp i ett akut skede. På samtliga mottagningar uppgav man att det fanns mycket begränsad erfarenhet av detta. För att inhämta och sprida kunskaper har vi under de följande åren, parallellt med vårt kliniska arbete, haft samtal och möten med ett flertal professionellt verkamma i Stockholmsområdet som tar emot män utsatta för sexuella övergrepp. Våren 2014 gjorde vi också en rundringning till samtliga län i Sverige angående beredskapen att ta emot utsatta män. Resultaten från denna undersökning redovisas under rubriken *Möten med vården*.

Vilka det är som sökt oss

De män som sökt oss har utgjort en heterogen grupp, med olika bakgrund, olika sexuell läggning, i åldrarna 18–65 år. Männerna har hittat oss via nätet, hänvisats till oss av olika vårdenheter eller kommit via internremisser från RFSU-klinikens sexualmedicinska del. För att kunna ge en beskrivning av den grupp vi mött har vi samlat vissa bakgrundsdata som avidentifierats och sammanställts. Av de 42 män vi har träffat har 24 varit utsatta för övergrepp i barndomen, 10 har blivit utsatta som tonåringar och 8 som vuxna. Av de 10 som utsatts som tonåringar har 7 utsatts av en tillfällig partner, för några har det varit den första sexuella erfarenheten. Flera har varit med om övergrepp vid upprepade tillfällen, i olika perioder i livet och av olika förövare. Övergreppserfarenheterna har sett mycket olika ut. För några har de pågått under flera år, andra har varit utsatta vid enstaka tillfällen. Det har handlat om våldtäkter, kroppsliga kränkningar eller att pressas att utföra sexuella handlingar. Förövarna har varit både män och kvinnor. När det rört sig om övergrepp som skett i barndomen har förövaren varit pappa, mamma, manlig kusin, syster, bror eller andra viktiga personer i barnets närhet. När det gäl-

ler de som utsatts som tonåringar eller vuxna har förövaren i samtliga fall varit en man eller kvinna som offret känt eller varit tillfälligt bekant med. Av de 42 männen har 12 varit utsatta av en kvinnlig förövare, 5 av dessa har också varit utsatta av en manlig förövare vid annat eller samma tillfälle.

Gemensamt för de män som sökt RFSU-kliniken är att övergreppen fått allvarliga konsekvenser för männens fysiska, psykiska och sexuella välbefinnande. Orsaken att söka hjälp har formulerats olika. De flesta har sökt kliniken utifrån en undran om de svårigheter de upplever beror på övergreppet de varit utsatta för. De har uttryckt en önskan att vara nära någon samtidigt som man känt en brist i sin förmåga att etablera intima relationer med en annan person. Andra har beskrivit någon form av sexuell dysfunktion eller återkommande och påträngande tankar, fantasier eller mardrömmar med sexuellt innehåll. Bara ett fåtal män har tidigare berättat om vad de varit utsatta för. Nästan ingen har tidigare sökt någon professionell hjälp med anledning av övergreppen. Det kan ha gått mycket lång tid mellan det att övergreppet inträffade och att mannen förmått tala om vad han varit med om. Skälet att söka RFSU-kliniken har på olika sätt med sexualiteten att göra och är för-

knippat med teman som berör anknytning och relationer. Behandlingskontakterna har vilat på en psykodynamisk grund och har bestått av konsulterande samtal, kristerapier och korta eller långa psykoterapier. Vi har utgått från personernas önskan att börja närma sig sina svårigheter och viljan att åstadkomma någon form av förändring. Om någon haft särskilda önskemål om manlig eller kvinnlig psykoterapeut har vi kunnat tillgodose det. Ingen av männen vi mött har dock uttalat ett sådant behov. Vi har inte tagit emot personer som haft allvarliga psykiatriska symtom eller allvarligt missbruk där vi bedömt att en psykoterapi i öppenvård inte skulle fungera. De psykoterapeutiska kontrakten har sett olika ut. De har utformats individuellt, ibland i halvårsvisa kontrakt med stegvisa förlängningar och ibland i icke tidsbegränsade psykoterapier. Ibland har vi erbjudit parsamtal, om behov har funnits, eller en enskild kontakt för en partner.

Rapportens innehåll

Vår erfarenhet av att arbeta med utsatta kvinnor ledde till en undran om det kan finnas skillnader i följdverkningar för män och kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp. Vad är det i så fall som skil-

jer ut sig? Hur gestaltas det och hur kan vi förstå det? Likheterna i konsekvenser för pojkar och flickor som blir utsatta är givetvis dominerande och skillnaderna mellan hur olika individer hanterat traumat är antagligen större än den mellan gruppen pojkar/män respektive flickor/kvinnor. Vår tanke har dock varit att undersöka det specifika för att lära mer om frågor som är viktiga i bemötandet av män som blivit utsatta.

Vi inleder med fokus på *Samhällsaspekter* och kopplar aspekter av kön och genus till frågor om sexualitet, för att beskriva några av de myter och föreställningar som påverkar synen på män som offer för sexuella övergrepp. Mäns utsatthet, och eventuella skillnader mellan män och kvinnor, behöver förstås ur ett övergripande samhällsperspektiv eftersom strukturfrågor och normer på många sätt också påverkar den individuella upplevelsen. Ur ett mer kliniskt perspektiv beskriver vi sedan under rubriken *Att möta män utsatta för sexuella övergrepp* våra erfarenheter av arbetet med de män vi mött i längre och kortare behandlingskontakter. När vi systematiskt gått igenom minnesanteckningar och reflektioner från alla behandlingskontakter har vi bland annat sett att vissa områden hamnat mer i fokus jämfört med våra erfarenhet-

er av arbete med kvinnor utsatta för sexuella övergrepp. I rapporten har vi valt att lyfta och betona det som varit särskilt utmärkande för det psykoterapeutiska arbetet med männen, och i vårt *Slutord* återkommer vi till dessa teman i en avslutande kort summering av våra resultat.

För att göra det kliniska materialet mer levande har vi använt oss av korta fallbeskrivningar och vinjetter. Samtliga fallbeskrivningar och vinjetter är fingerade. Ingen vinjett beskriver en enda person utan är en blandning av olika personers berättelser. Många gånger har vi slagits av att beskrivningar av upplevelser och känslor återkommit hos många av männen och vi tänker att det troligen kan vara lätt som utsatt man att identifiera sig med de skapade berättelsernas innehåll.

Samhällsaspekter

Sexuella övergrepp

– ett kort historiskt perspektiv

Synen på sexualitet skiftar i olika tider och samhällen. Lagändringar är en faktor som har stor betydelse för hur normer och attityder påverkas över tid, men attitydförändringar kring sexualitet är långsamma processer. I Sverige har genom åren

stora förändringar av lagstiftningen skett på sexualitetens område. Homosexualitet avkriminaliserades först år 1944 och var fram till 1979 en sjukdomsdiagnos. Som första land i världen öppnade Sverige 1972 möjligheten till ny juridisk könstillhörighet för transsexuella och 2013 avskaffades kravet på sterilisering för transsexuella som genomgår könsbekräftande behandling.

Juridiken kring sexualbrottslagstiftningen har ändrats flera gånger sedan 70-talet. Under åren har olika statliga utredningar bl.a. behandlat könsroller, makt och jämställdhet. En förskjutning har skett mot att värna den sexuella integriteten.

Sexualbrott rubricerades fram till 1984 som ett sedlighetsbrott, dvs. ett brott mot moralen. I samband med 1984 års ändring gjordes bestämmelsen om våldtäkt även könsneutral. Tidigare medgav lagstiftningen endast att kvinnor kunde bli våldtagna av män. Lagstiftningen byggde då uttalat på en heterosexuell syn på våldtäkt. Även om dagens rättstillämpning fortfarande bär spår av den normen är det inte längre uttalat i lagtexten. Senare har lagstiftningen successivt förändrats från att se till den tekniska handlingen till vilken kränkning

handlingen innebär. Det har även tydligt lagstiftats fram ett starkare skydd för barn. Under 2016 presenteras en ny översyn av sexualbrottslagstiftningen, med fokus på frivillighet/samtycke.

Politisk opinionsbildning har varit avgörande för att driva på förändringsarbetet på sexualitetens område. Under 1970-talet var det i Sverige framförallt kvinnorörelsen som drev våldtäktsfrågan, offren sattes i fokus och fick en tydlig röst. Det innebar att frågan politiserades och förhållandet mellan kvinnor och män beskrevs i termer av maktperspektiv och konflikt. Våldtäkt på kvinnor definierades därmed som ett samhällsproblem och vården av våldtagna kvinnor började organiseras (Lindberg, 2015). När våldtäkt började beskrivas som ett samhällsproblem kunde kvinnorna börja se sin utsatthet i ett större sammanhang och identifiera orsaker bortom det individuella. Därmed blev det möjligt att bryta tystnaden och berätta om sexuell utsatthet. När ett övergrepp inte längre betraktas som enbart ett individuellt problem lyfts också en stor del av skam och skuld från offret. Idag kan situationen för utsatta män i vissa avseenden jämföras med den situation våldtagna kvinnor befann sig i för ca 40 år sedan.

Sexuella övergrepp – förekomst och konsekvenser

En studie från Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK, 2014) visar att 20 procent av svenska kvinnor och 5 procent av svenska män någon gång under livet utsatts för ett sexuellt övergrepp som inneburit våld eller hot om våld, tvingats till samlag, försök till samlag eller liknande. Det betyder att i hela Sveriges befolkning i åldern 18 till 74 år finns dessa erfarenheter hos ca 670 000 kvinnor och ca 170 000 män. Det är först på senare år man börjat undersöka mäns utsatthet för sexuella övergrepp. När man utvecklar frågandet kring män och utsatthet ökar siffrorna. Detta visar på ett tydligt sätt att sexuell utsatthet inte bara är en kvinnofråga och att mörkertalet när det gäller mäns utsatthet för sexuella övergrepp troligen är väldigt stort (BRÅ, 2008).

NCK:s studie visar på omfattande konsekvenser för fysisk och psykisk hälsa som en följd av sexuella övergrepp. Psykosomatiska symtom är **dubbelt** så vanliga bland kvinnor och **tre** gånger vanligare bland män med erfarenheter av allvarligt sexuellt våld i barndomen eller i vuxen ålder, i jämförelse med kvinnor och män i allmänhet. Bland vux-

na personer som varit utsatta för allvarliga sexuella övergrepp som barn är symtom på posttraumatisk stress (PTSD) cirka **tre** gånger vanligare än hos personer som inte varit utsatta. Vid utsatthet för allvarligt sexuellt våld som vuxen finns ett ännu starkare samband med symtom på PTSD och är särskilt uttalat för männen, där PTSD är **fem** gånger vanligare än för andra män. När man jämför självskadebeteende relaterat till allvarligt sexuellt våld som vuxen är resultatet att det är **tre** gånger vanligare för kvinnor och **fem** gånger vanligare för män än hos normalbefolkningen (NCK, 2014). Flera undersökningar som fokuserat mäns utsatthet visar samstämmigt att män med erfarenhet av sexuella övergrepp lider av somatisering, depression och PTSD i hög omfattning (McLean, 2013; Masho & Alvanzo, 2010; Rentoul & Appleboom, 1997).

Föreställningar, myter och attityder

Det finns många föreställningar och myter runt manlig och kvinnlig sexualitet, som också genomsyrar vårt sätt att tänka kring offer och förövare när det gäller sexuella övergrepp. En myt berättar något och ger oss bilder av vår verklighet. Myter har många olika syften men det gemensamma är att de inte är en direkt avspegling av verklighe-

ten. När det gäller myter och föreställningar kring kvinnlighet, manlighet och sexualitet maskerar de verkligheten och kan befästa fördomar och bli till stereotypa könsrollsuppfattningar som är svåra att spräcka. När det kommer till män, manlighet och utsatthet för sexuella övergrepp finns en mängd olika myter som alla befäster och förstärker rådande maskulinitetsnormer. Bilden av det manliga offret för sexuell utsatthet är mer mytologiserad än bilden av det kvinnliga offret, som med åren kommit att rymma en större komplexitet. Osynliggörandet och marginaliserandet av sexuella övergrepp på män cementerar en mängd olika myter kring manlighet, men också runt kvinnlighet och sexualitet. Att män inte kan våldtas är en vanlig och spridd föreställning. Även om bilden av manlighet och den manliga sexualiteten på senare år blivit alltmer flerdimensionell finns fortfarande föreställningen om mannen som den starka, handlingskraftiga som alltid är villig till sex. Det gör det svårare att tänka att en man kan vara utsatt. En annan stark myt är att det bara är män som är förövare. Vi har svårt att föreställa oss att en kvinna kan vara förövare. En kvinnlig förövare utmanar myten om “den heliga” modern. Det finns flera skildringar, både i böcker och i film, som skildrar äldre kvinnors sexuella förhållande

till pubertala pojkar. Vi föreställer oss oftast då inte relationen som ett övergrepp, utan kanske som om pojken introduceras in i sexualiteten. En äldre mans sexuella relation till en ung flicka har vi lättare att definiera som ett övergrepp.

I överensstämmelse med föreställningarna kring maskulinitet förnekar ofta både pojkar och män som varit utsatta att övergreppen haft någon betydelse och vårdpersonal frågar dem inte heller om sexuell utsatthet (Tidefors, 2010). Även vuxna män som varit utsatta tidigare i livet tenderar att förneka den påverkan som övergreppet haft på deras liv och hälsa (Masho & Alvanzo, 2010). Förnekandet av att pojkar och män kan vara utsatta och att de sexuella övergreppen kan få allvarliga konsekvenser finns även på ett samhälleligt plan. När Patrik Sjöberg, den kände idrottaren, genom sitt offentliga framträdande gav en bild av hur en ung pojke utsatts för sexuella övergrepp var bilden av pojken svår att hålla fast vid. Fokus kom istället att ligga på förövarna, idrottsrörelsen och inte de som varit utsatta – offren. När det gällt flickor har det varit ett motsatt scenario, då har allt fokus hamnat på offren och det har blivit svårare att tala om förövarna.

Upplevelse av skam kan vara ett hinder för att tala om det man varit utsatt för, och när det gäller män bidrar de samhälleliga myterna kring manlighet till att ytterligare förstärka upplevelsen av skam efter ett sexuellt övergrepp. Män som utsatts för ett sexuellt övergrepp kan känna det som att övergreppet undergräver själva essensen i vad det innebär att vara man. Det bidrar till att många män undviker att berätta och söka hjälp om det inte finns behov av akut medicinsk vård. Ofta kan det finnas en oro för att inte bli mött med förståelse och respekt (Ellis, 2002). Mäns utsatthet för sexuella övergrepp förknippas vanligen med antagande om homosexualitet. Som om utsattheten i sig skulle säga något om offrets sexuella identitet. De homofobiska föreställningarna omfattas också ibland av den som själv drabbats, och det kan vara ett av skälen till att man drar sig för att göra en anmälan eller att söka den hjälp man skulle behöva. Det går ofta lång tid innan män söker samtalshjälp efter ett sexuellt övergrepp, det kan gå både 10, 20 och 30 år innan det känns möjligt (McLean, 2013). Flera undersökningar visar att underrapporteringen av sexuella övergrepp är än mer utpräglad när det gäller män än när det gäller kvinnor (BRÅ, 2008; McLean, 2013; Rentoul & Appleboom, 1997).

Det finns också många föreställningar kring **förövarens** sexuella identitet. Många gånger antas att män som utsätter andra män för sexuella övergrepp är homosexuella. Studier som fokuserat frågan om förövarens sexuella identitet rapporterar olika resultat beroende på i vilka sammanhang studien gjorts och beroende på vilka som tillfrågats. Abdullah-Khan (2008) konstaterar att den enda slutsats man säkert kan dra är att män som utsätter andra män skiljer sig åt i fråga om sexuell identitet och att myten om att män som utsätter andra män nästan alltid skulle identifiera sig som homosexuella inte bekräftas.

Studier kring attityder visar att offret bedöms utifrån sin sexuella läggning och skuldbeläggs för sitt agerande i övergreppssituationen utifrån heteronormativa föreställningar. En heterosexuell man kan t.ex. påföras mer skuld för att ha varit passiv under själva övergreppet medan en homosexuell man tvärtom kan betraktas som mer skyldig om han kämpat emot och försökt försvara sig men misslyckats (Davies et al., 2008). Män utsatta av en kvinnlig förövare tenderar att bli än mer skuldbelagda i linje med könsrollsstereotyperna. Personer som utsatts som barn tenderar att bli skuldbelagda på samma sätt när de som vuxna beskriver

sin utsatthet. Särskilt gäller det om offret är en man och förövaren varit en kvinna (Davies & Rogers, 2006).

Skuldbeläggandet kommer inte bara utifrån. Den utsatte själv påverkas av samma samhälleliga värderingar och attityder. De egna anklagelserna kan ofta vara de som är allra svårast att frigöra sig ifrån. Att anklaga sig själv efter ett övergrepp är ett vanligt fenomen hos såväl män som kvinnor som blivit utsatta. En internaliserad skuld leder till skam och självförakt. Skuld kan också förstärkas av tankar om att man befunnit sig i miljöer som skulle kunna uppfattas som riskfyllda eller att man själv tagit kontakter med personer som sedan begått övergrepp emot en.

Homosexuella och transpersoner är mer utsatta för sexuella övergrepp än heterosexuella. En stor metastudie från USA visar att homo- och bisexuella kvinnor och män rapporterar en mångdubbelt högre utsatthet för sexuella övergrepp jämfört med befolkningen i stort. Homo- och bisexuella **kvinnor** uppgav högst utsatthet när det gällde barnomsövergrepp och övergrepp i nära relation medan homo- och bisexuella **män** rapporterade högre siffror vad gällde erfarenhet av sexuellt relaterade

hatbrott (Rothman et al., 2011). I en svensk undersökning (Folkhälsomyndigheten, 2015) uppgav 30 procent av de transpersoner som deltog i undersökningen att de någon gång blivit tvingade till sex mot sin vilja.

Kunskap är ett viktigt redskap för att undanröja myter och föreställningar som kan bli ett hinder i förståelsen av en annan människas upplevelse och erfarenhet. Studier kring sexuella övergrepp mot män ökar visserligen, men är fortfarande mycket begränsade jämfört med studier och forskning kring kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp.

Möten med vården

Som nämndes i den inledande texten genomförde RFSU-kliniken 2014 en studie med fokus på hur omhändertagande och bemötande var inom vården för män som utsatts för sexuella övergrepp (Fagerström, 2014). Undersökningen byggde på samtal med ansvariga personer vid akutmottagningar, primärvård och psykiatri. Syftet var att genom ca 100 telefonintervjuer i samtliga län och regioner i Sverige, få en bild av hur vården fungerade. Frågor ställdes kring vådrutiner vid en våldtäkt och i vilken mån psykologisk behandling kunde erbjudas akut, men också vad som erbjöds i ett senare skede

efter ett övergrepp. Ytterligare en fråga var om män bemöttes på annat sätt än kvinnor. Ansvariga för de akutmottagningar som kontaktades i varje län uppgav att man hade rutiner och god förberedelse för att ta emot våldtagna kvinnor. För våldtagna män fanns dokumenterade rutiner på mindre än hälften av de tillfrågade mottagningarna. På flera av dessa hade man nyligen infört rutiner efter att ha mött en utsatt man och förstått att det saknades kunskap och handlingsplaner.

Jämfört med kvinnor rådde generellt en mycket större osäkerhet kring vart utsatta män skulle hänvisas för att få akut hjälp. I vissa fall kunde ett telefonsamtal från en man, utsatt för övergrepp, bli kopplat till flera personer eller olika avdelningar och institutioner innan han kom rätt. När det gällde det psykologiska omhändertagandet svarade man att psykologiskt stöd "vid behov" ska erbjudas såväl kvinnor som män. Intervjuerna visade dock att det var ytterst tveksamt om män kunde erbjudas detta som en rutin i ett akut skede eftersom det fanns en otydlighet kring vilken klinik som bar ansvaret för detta.

För en person som i ett senare skede sökt samtalsbehandling för konsekvenser av ett övergrepp

fanns en otydlighet kring om det var i primärvård eller psykiatri som samtal skulle erbjudas. Denna osäkerhet gällde för både män och kvinnor. I undersökningen framkom att kvinnliga patienter inom primärvård och psykiatri generellt tillfrågades om erfarenheter av olika slags trauma i betydligt högre utsträckning än män. När det gällde mer långsiktiga insatser, som psykologisk krisbearbetning för utsatta män och kvinnor, fanns stora brister både vad gäller resurser och kompetens i vården.

Lindberg (2015) beskriver i sin avhandling *Orsak: våldtäkt – om våldtagna män i medicinsk praktik* hur vård och vårdkedjor organiseras och kategoriseras utifrån kön, sexualitet och kroppsdelar. Det biologiska synsätt som dominerar inom medicinen gör det till en självklarhet att tänka i tydliga skillnader mellan kvinnor och män. En konsekvens av detta kan bli att det är den utsattes kön som blir avgörande för hur vården organiseras istället för den typ av våldtäkt som personen utsatts för. När det gäller kvinnliga våldtäktsoffer är den gynekologiska specialiteten en självklar vårdenhet. Någon motsvarande specialitet finns inte för män. De andrologiska mottagningarna i Sverige är ytterst få. De män som söker akut sjukvård på grund av sexuella

övergrepp slussas oftast till kirurgkliniken eftersom det är den delen av sjukvården som traditionellt tar emot brottsoffer. Där saknas i de flesta fall kunskap om sexualbrottsoffer. Risken är då att fokus till övervägande del kommer att hamna på eventuella fysiska skador medan övriga konsekvenser av traumat förbises. Med den ökade diagnostiseringen och formaliseringen som sker inom sjukvården idag tenderar komplexa sammanhang att förenklas och reduceras. Medicinska insatser fokuseras på bekostnad av omvårdnad i försöken att marknadsanpassa och kostnadseffektivisera vården (a.a.). Detta får konsekvenser vid ett sexuellt övergrepp eftersom det akuta fysiska omhändertagandet prioriteras. När det handlar om sexuella övergrepp inbegriper traumat såväl psyke som soma. Många gånger kan inga fysiska skador påvisas efter en våldtäkt medan ett övergrepp ofta får psykologiska konsekvenser. Sedan hösten 2015 finns i Stockholm en mottagning som tar emot våldtagna oberoende av kön och könsidentitet och som erbjuder både ett fysiskt och psykologiskt omhändertagande. Mottagningen utgör ett exempel på hur vård kan organiseras mindre splittrat. Genom att erbjuda ett mottagande utifrån ett helhetstänkande kan man motverka en fragmenterad vård som kategoriserar utifrån kön och kroppsdelar.

Föreställningar om sexualitet har en stor betydelse för hur man tänker kring manliga våldtäktsoffer. Antaganden om homosexualitet och sexuella praktiker formar ofta vårdens bemötande av våldtagna män, och kan göra det svårt att dra gränsen mellan en homosexuell handling och en homosexuell identifiering. Det kan göra att män riskerar att mötas av en stigmatiserande identitet. Genom att fokusera på kön och sexualitet skapas det i vården skillnader mellan grupper av våldtäktsoffer trots att det till exempel finns många likheter mellan övergrepp på män och kvinnor. Många kvinnor blir också utsatta för orala och anala våldtäkter (a.a).

De tankar och fantasier en utsatt person har om hur berättelsen om ett övergrepp kommer att tas emot av omgivningen är avgörande för om man kommer att försöka berätta om det som hänt. Att berätta om ett övergrepp är ofta svårt. Om man befärrar att mötas av bagatelliserande, förnekande eller skuldbeläggande finns risken att det istället leder till att man tystnar och håller allt inom sig.

Socialstyrelsen (2014) visade i en undersökning att personal inom hälso- och sjukvård inte alltid ställer frågor om våld i nära relationer trots att det finns

goda skäl. De flesta sexuella övergrepp begås av någon man känner. Det är svårt att tala om våld. Det är ännu svårare att tala om sexuellt våld. Det allra svåraste är kanske att prata om sexuellt våld mot män. Vi behöver också ständigt påminna oss om att granska de antaganden och värderingar som omger oss och som vi själva reproducerar, ofta utan att ens reflektera. Föreställningar om sexuell utsatthet i förhållande till genus och sexuell identitet hos vårdpersonal, psykoterapeuter och företrädare för rättssystemet är av stor betydelse. Rutiner för bemötande av sexuellt utsatta är viktigt och ger en trygghet för både personal och patienter men rutinerna behöver ständigt granskas för att kunna erbjuda ett bra omhändertagande.

Att möta män utsatta för sexuella övergrepp

Som vi tidigare nämnt visar undersökningar att män utsatta för sexuella övergrepp i barndom eller senare i livet uppvisar klart fler fysiska och psykiska symtom än andra män (NCK, 2014; McLean, 2013; Masho & Alvanzo, 2010). Inom den psykiatriska vården finns en stor överrepresentation av personer som tidigare i livet varit utsatta för över-

grepp. När man söker hjälp i form av samtal innebär det en möjlighet att komma i kontakt med olika aspekter av sig själv som är viktiga för ett psykiskt välbefinnande. Att kunna prata om det man varit med om i en professionell behandlingskontakt har stark koppling till minskning av olika symtom, oavsett hur lång tid som gått sedan övergreppet (O' Leary, 2009).

För de flesta män som sökt oss ligger den sexuella utsattheten några eller många år tillbaka i tiden. Flera av männen har varit med om saker tidigt i livet som skapat brister i tilliten till andra. Övergripen har för vissa män krockat i andra erfarenheter av traumatiska händelser. Dessa tidigare händelser har inneburit större sårbarhet och de sexuella övergreppen har i och med det fått vidare konsekvenser. I behandlingsarbetet har vi utgått från männens egna berättelser och det lidande de beskrivit. Det har inte alltid enbart varit det sexuella traumat som fokuserats i psykoterapierna, utan även andra svåra livserfarenheter som väckts till liv.

Att möta män utsatta för sexuella övergrepp i psykoterapi

Kapaciteten att uthärda olika händelser, förluster och utmaningar i livet påverkas av tryggheten

och omhändertagandet i våra tidiga relationer. Det är i viktiga relationer som brister i vår inre struktur kan uppkomma men det är också genom relationella erfarenheter som bristerna kan överbryggas och nya erfarenheter skapas (Wennerberg 2010). En psykoterapeutisk relation kan innebära en förändring på flera nivåer. Eftersom många män burit sina upplevelser i tysthet har erfarenheterna tagit sig andra ordlösa uttryck, inte minst i olika former av somatiska eller psykosomatiska symtom. Att gå från somatisering via affekter och emotioner till att uttrycka känslor i ord är ofta en lång väg. Som psykoterapeut blir det en strävan att tillsammans med patienten skapa ett mellanområde där man kan börja omvandla det konkreta till en mer symbolisk form. Psykoterapeutens uppgift blir att försöka väcka nyfikenhet och lust till att utforska sammanhang i den fragmenterade inre världen genom att fånga upp tanketrådar, associationer och dagdrömmar för att på så sätt hjälpa patienten börja forma en berättelse. I den psykoterapeutiska processen kommer tidiga upplevelser och mönster att avspegla sig. Erfarenheter av närhet och avstånd, bekräftelse och avvisande kommer att gestalta sig och påverka relationen mellan patient och psykoterapeut. Det psykoterapeutiska arbetet tar sin början när patienten kan

börja identifiera sig med den terapeutiska processen i ett gemensamt undersökande. Då finns ett hopp om möjlighet till en tillitsfull relation.

Ett sexuellt övergrepp slår in i identiteten

Sexualiteten grundläggs tidigt i våra liv och formas och utvecklas i ett gränssnitt mellan psyke och soma. Ett sexuellt övergrepp innebär ett inträngande såväl psykiskt som fysiskt och blir därmed en attack mot hela individen, särskilt om övergreppet sker tidigt i identitetsbildandet. Vårt första jag är ett kroppsjag som utgör fundamentet i vår identitet. Det vi i början av våra liv upplever kroppsligt skapar förutsättningar för vårt psykiska liv. Utifrån tidiga erfarenheter skapar vi en inre värld av infantila önskningar, begär, fantasier och föreställningar som påverkar, formar och lägger grunden för våra jag och därmed också för vår sexualitet. En inre värld som är djupt förankrad i kroppslighet. Det är i den andres händer vi blir till.

Anzieu (2000) har myntat begreppet hudjaget som en symbolisk beskrivning av gränssnittet mellan psyke/soma. Huden, vårt största sinnesorgan, är den första kontaktytan mot världen och lägger grunden till vårt tänkande. Det är med huden vi

kommer att särskilja det yttre från det inre. Den tidiga relationen mellan mor och barn beskriver Anzieu i termer av en gemensam hud som också fungerar som ett skyddande hölje. Han menar att det är i separationen från modern som barnet kan utveckla sin symboliska funktion, när ett mellanrum mellan kroppar uppstår. Utvecklingen av den symboliska funktionen är att föra samman vårt inre med vårt yttre och våra tidiga erfarenheter med det vi senare upplever för att på så sätt skapa mening och sammanhang. I den tidiga utvecklingen tenderar barnet att uppfatta den inre verkligheten som en konkret avspeglning av den yttre. Det som känns är det som är verkligt (Segal, 1957). Den mentala utvecklingen tar sin början i ett tillstånd av att vara ett och detsamma med vårdaren. Det tidiga beroendet grundar sig på ett **icke-åtskiljande** där differentieringen mot ett eget avgränsat jag sker gradvis. Successivt framträder den andre som en separat individ med egenskaper och ett eget inre (Quinodoz, 1996). Särskiljandet och bildandet av en egen identitet skapar en grund för att kunna komma andra människor nära i intima och genuina relationer och utvecklingen av en egen identitet sker genom kontakten med de viktiga andra. Identitetsbygget pågår hela livet och är en skör konstruktion. Det är genom att våra känslomässiga uttryck speglas i om-

givningens reaktioner som vi lär oss att förstå något om oss själva och känna en tillit till våra känslor. Utan den här formen av bekräftande gensvar får vi svårt att förstå oss själva och vår egen inre värld. I brist på en tillräckligt bekräftande omgivning eller i relation till en vårdare där de egna behoven sätts framför barnets kan barnet istället bli hänvisat till att undertrycka sina egna känslor för att kunna behålla relationen (Wennerberg, 2013).

De flesta övergrepp begås av närstående och därmed ofta, för offret, viktiga personer. Att möta en blandning av kärleksfullhet och aggressivitet är motstridigt och förvirrande. Längtan och lust efter närhet och trygghet bryts mot ett svek då gränser överskrids i ett utnyttjande på den andres villkor. Igra (1998) beskriver hur ett sexuellt övergrepp på ett barn inte enbart drabbar barnets kropp utan även raserar barnets tidiga symboliska struktur. Sexuella handlingar som initieras av en vuxen och riktar sig mot barnet blir inte möjliga att integrera i barnets symbolvärld. Något forceras utifrån och fantasier och begynnande symbolisering slås sönder genom konkreta sexuella handlingar som barnet inte förmår härbärgera. Det kan få stora konsekvenser för barnets senare kroppsupplevelse, identitet och sexualitet. Sker övergreppet i tonåren

kan det innebära en förvirring i en tid av identitetssökande. Men även när man utsätts som vuxen kan övergreppet få jagets strukturer att skaka. Ett sexuellt övergrepp innebär att en gräns mellan kroppar allvarligt överskrids. Det ger upphov till olika frågor och konflikter kring gränser. Förvirring kan uppstå kring gränsen mellan det yttre och inre eller vems kropp som är vems eller en sammanblandning av lust och olust.

Trauma

Ordet trauma betyder skada eller sår. En upplevelsebaserad beskrivning av trauma gör Pöstényi (1996). Han menar att det är en subjektiv berättelse där definitionen av traumatiskt är allt som traumatiserar. Traumat blir till en erfarenhet som skapar ett svart hål i den väv av betydelse som vårt minne är. Det traumatiska är det ofattbara, något helt främmande och som i den meningen inte är upplevbart. Traumat blir för mycket för psyket att ta hand om och går utöver vår upplevelsekapacitet och känsloberedskap. Detta gör att ingen struktur och mening kan skapas för att härbärgera och ta hand om det ofattbara. Det första spåret av ett trauma är den traumatiska ångesten som i det kaotiska blir ett tecken på överlevnad och därför också kan ge en möjlighet till återhämtning.

Att arbeta med sexuella trauman

Att möta psykologiska trauman innebär att konfrteras med människans sårbarhet. Vid till exempel naturkatastrofer är det lätt att känna med de som blivit utsatta. När en människa ligger bakom den traumatiska händelsen tenderar vi att hamna i en svår konflikt mellan offer och förövare (Herman, 2007). *Har det verkligen hänt? Är det sant? Kan det vara möjligt?* Dessa uttalanden är exempel på omedvetna försök att undkomma vetskapen om människans grymhet. Oavsett om vi är offer, förövare, någon som bevittnar eller på annat sätt får ta del av det förfärliga blir impulsen att förpassa det till glömskans domäner. Denna typ av försvar sker på individnivå men är också ett samhälleligt fenomen som uttrycks genom ett kollektivt behov av att förneka ondska.

Att lyssna till en berättelse om ett sexuellt övergrepp kan kännas som att själv bli utsatt. Som behandlare kan det då vara lätt att känna sig skeptisk till berättelsen och distansera sig från patienten. Det kan leda till att behandlaren får brottas med ett inre fördömande av patientens agerande i situationen. Särskilt tydlig kan tendensen att värja sig bli om offret utifrån våra normer och föreställningar inte lever upp till bilden av det ideala

offret (Christie, 1986). Reaktionen hos behandlaren kan också bli den motsatta. Om den utsatte upplevt en mycket stor hjälplöshet kan detta väcka starka impulser hos behandlaren att behöva vara den som räddar patienten. En svårighet kan vara att balansera viljan till omhändertagande så att det inte hos patienten befäster en offerposition.

Att skapa en tillitsfull kontakt kan ta lång tid för de personer som utsatts för traumatiska händelser. Genom att dela känslor kopplade till utsattheten kan man få erfarenhet av att det är möjligt att stå ut med smärtan utan att överväldigas. Det är inte alltid så att man behöver gå igenom traumat helt och i detalj. Ibland kan det handla om att få en känslomässig erfarenhet av att kunna dela och sätta ord på något tillsammans med psykoterapeuten. Ett viktigt redskap för möjligheten att komma över ett trauma är att kunna associera och drömma och på så sätt skapa utrymme där en symbolisering kan börja ta form. Genom orden, benämmandet går det att förstå och förklara samband mellan det yttre och inre, mellan det egna jaget och den andre och på så sätt kunna skapa en väv av mening, sammanhang och begriplighet i det som hänt. Symbolisering har en stor betydelse för våra möjligheter att bearbeta svå-

ra händelser vi ställs inför. Genom de symboliska uttrycken kan sammanhang och mening skapas som blir en väg in till ökad förståelse och medkänsla med sig själv och andra. Grunden för bearbetning av ett trauma går via förmågan att kunna bilda inre psykiska representationer och finna en röst till den stumma berättelsen. Herman (2007) beskriver hur det psykoterapeutiska arbetet gör det möjligt att erövra förmågan till tillit, självständighet, kompetens, identitet och intimitet. Genom att återerövra självbestämmanderätten och frigöra sig från den traumatiska känslan av maktlöshet blir det möjligt för den utsatte att åter ta makten över sitt liv.

Trots att ett sexuellt övergrepp innebär både en inre och en yttre attack behöver det inte alltid bli en traumatisk händelse eller ge upphov till en krisreaktion. Hur man påverkas av olika händelser beror på vad man utsatts för, när i livet och vilken beredskap som finns för att hantera händelsen i det egna inre och hos omgivningen.

Skydd, motstånd och försvar

Att berätta om en smärtsam erfarenhet man gömt i sitt inre innebär att möta smärtan igen. Det man inte förmått närma sig kan bli så svårt, att enda sättet att

hantera det plågsamma är att försöka fly eller förneka. Den centrala konflikten i traumat är den motsägelsefulla viljan att förneka det smärtsamma och den samtidigt önskan att berätta. Två starka krafter, där den ena vill framåt mot utveckling och den andra håller emot. Det är denna ambivalens som utgör kärnan i det psykiska traumats dialektik (Herman, 2007).

Ambivalens

Utmärkande för psykoterapierna har varit att ambivalensen varit påfallande stark bland alla vi mött, särskilt i det inledande skedet. Den har funnits med över tid, i olika faser och under enskilda sessioner. Det är som om en del av det egna jaget vill ha en kontakt och försöka närma sig okända delar av det inre medan en annan kraft vill göra det motsatta, fly och förneka. Patientens enda sätt att försöka reglera balansen mellan närhet och avstånd kan vara att komma för sent eller utebli. För att försöka navigera i denna balansgång har vi erbjudit olika sorters kontakter, allt från att ses två gånger i veckan till sessioner med längre tidsintervall. Syftet har varit att etablera en trygg kontakt som inte upplevs invaderande eller distanserande.

Det är så svårt att komma hit. Det är så konstigt, för när jag väl är här så känns det bra. Och då vill

jag inte gå härifrån. Men sen kommer jag inte ihåg något av samtalet, jag glömmer bort allt vi talat om.

Går det att berätta, är det en historia som kan tas emot? Om upplevelsen är att man blir mottagen är det en god erfarenhet som kan bli en grund för en fortsatt bearbetning. Berättelsen kan fungera som en testballong. Känslan av att ha blottat sig kan vara stor och svårhanterlig. Eftersom det inte finns tillit i början av behandlingen måste både psykoterapeut och patient vara beredda på att den terapeutiska relationen kommer att genomgå prövningar, slitningar och återuppbyggande (Herman, 2007). Detta blir särskilt påtagligt för de som blivit traumatiserade tidigt i livet. En längtan efter att tas emot och bekräftas ställs mot skräcken att dras in i en relation som skulle kunna leda till en form av beroende. Dilemmat blir att upplevelsen av att vara avskiljd och ensam är lika svår som skräcken för att vara tillsammans i en nära relation.

Skam kan leda till att mannen forcerat berättar sin historia för att komma ur den skamfyllda situationen snabbast möjligt. Vid flera möten i nya kontakter har vi bromsat upp intensiva berättelser om övergrepp som inte tidigare blivit benämnda.

Vi har känt att risken varit stor att mannen inte kommer att orka återkomma och möta den skam han avslöjat.

Usch, jag kommer ihåg hur svårt jag tyckte det var i början när jag kom hit. Jag skämdes så jag knappt stod ut. Jag ville egentligen bara försvinna. Jag var så uppfylld av vad du skulle tänka om mig, så att jag nästan inte ville visa mig igen.

Ibland har det inte gått att hejda en detaljerad berättelse. Trycket att få berätta och uppladdningen innan mötet har varit för stor. Vi har då bara kunnat hoppas att vårt förhållningssätt och vår fokusering på skam- och skuldreduktion i situationen kunnat skapa möjligheter att återkomma och lett till en erfarenhet av att ha blivit mottagen. Att börja närma sig det man försökt hålla undan innebär en omstrukturering på flera nivåer. Som psykoterapeut behöver man stå ut med ambivalensen och hjälpa till att verbalisera de fält där motstridiga önskningar visar sig. Det kan finnas orsaker till att inte närma sig smärtsamma områden i det inre.

Trådar till min historia rubbar bilden av den man jag är idag. När jag närmar mig den känns

det som om hela mitt fundament kommer i gungning, jag är orolig att möta allt jag burit inom mig.

Tankar om suicid eller rädsla för ett inre sammanbrott har ibland uttryckts. Vi har haft lätt att förstå det som en drivkraft att vilja avsluta kontakten. Det är inget självändamål att benämna det som är svårt, avtäckta försvar och föra upp till ytan tidigare upplevelser av utsatthet. Försvaren finns där av goda skäl och behöver respekteras. Men ibland kan försvarsstrategierna skapa svårigheter som hindrar en positiv utveckling. I psykoteraeuterna kan man behöva röra sig fram och tillbaka in i eller bort från svåra områden i en ständig pendelrörelse. Det är viktigt att inte utmana patienten mer än vad han klarar av. Mannen måste själv få sätta sina gränser kring vad han vill närma sig, utifrån hur han bedömer sitt eget lidande. Därför behöver inte heller en kort kontakt ses som ett misslyckande.

Försvar

Vi använder oss alla av olika försvar och försvarsmekanismer för att skydda oss mot svårigheter eller psykiska påfrestningar. Att klyva jaget i en del som vet vad som hänt och en del som förnekar det

som skett är ett effektivt sätt att hålla plågsamma minnen borta. Försvaren mot smärtan är också ett sätt att överleva. Att förneka eller undvika är ett sätt att skydda sig. Inledningsvis i psykoteraeuterna har detta på många olika sätt blivit tydligt.

Tystnaden har kunnat fungera som ett gömställe för den obehagliga upplevelsen. Konsekvensen kan bli ett konserverande av traumat med livsin-skränkningar som följd. Att börja släppa sina försvar kan kännas mycket hotfullt. Många av de vi mött har en uttalad tillitsbrist, framförallt män som utsatts för övergrepp tidigt i livet och som aldrig berättat för någon. Vid upprepade tillfällen har vi blivit uppmärksammade på den tid som behövs för att kunna ta sig igenom de lager av försvar som skyddar mot till exempel skam.

Försvarsstrategier – några definitioner

Försvar och försvarsmekanismer är något som vi alla använder oss av för att hantera konflikter och svårigheter. Cullberg (1998) beskriver försvarsmekanismer som jagfunktioner som är lika viktiga för den psykiska överlevnaden som kroppens immunförsvar är för den fysiska överlevnaden. När det gäller traumatiska upplevelser tenderar försvaren att skapa rigida system som riskerar att ce-

menteras. Försvaren blir då ett hinder för utveckling och växande istället för ett skydd. Ju yngre vi är desto mindre sofistikerade är våra försvarsmekanismer. I psykoterapierna med de utsatta männen har många olika försvarssystem blivit synliga. Här har vi valt att fokusera och lyfta fram försvar som **klyvning** och **förnekande**, **bagatelliserande** och **isolering** samt **dubbeltänkande** och **dissociation** som alla är exempel på ett isärhållande och en inre uppdelning av psyket. **Projektion**, **projektiv identifikation** och **agerande** är andra strategier där psyket istället försöker få bort outhärdliga upplevelser och på så sätt förlägga inre svårigheter i den yttre världen. Dessa begrepp är försvarsmekanismer som försöker förklara jagets olika strategier för att i det inre förhålla och skydda sig mot kaotiska och översvämmande känsloupplevelser. Termerna är sätt att försöka fånga olika komplexa psykologiska skeenden i distinkta språkliga uttryck för att beskriva tillstånd som inte så lätt låter sig beskrivas. Vi har valt att uppmärksamma just dessa försvarsmekanismer eftersom de hjälpt oss att förstå något av de komplexa uttryck som visat sig i psykoterapierna. I avsnittet *Motstånd och försvar i psykoterapierna* ger vi några konkreta exempel på hur denna process har visat sig i kontakten med männen.

Klyvning och förnekande

Klyvning är en försvenskning av det engelska ordet split. Det är ett aktivt försvar som kan beskrivas som ett sätt att försöka undkomma inre konflikter genom att onda och goda upplevelser av den andre hålls isär. Begreppet används också för att beskriva en uppdelning **inom** en person i onda och goda sidor. Ursprungligen var det Freud (1997) som myntade ordet klyvning då han syftade på en uppdelning av jaget. I "Sorg och melankoli" (Freud, 2003) utvidgade han begreppet genom att tillföra en aspekt av ett förnekande av verkligheten. Han menade att det hos en och samma person kan finnas ett förnekande av verkligheten hos en del av jaget och samtidigt en annan del som kan acceptera den. Förövaren är ofta en nära och viktig person som representerar något gott samtidigt som hen begår onda handlingar. Ett sätt att hantera detta i det inre är att klyva de onda delarna, förneka verkligheten och på så sätt behålla förövaren som god. Idag används begreppet förnekande på ett liknande sätt och kan beskrivas som ett undvikande av att uppleva och erkänna hotfulla aspekter av den inre eller yttre verkligheten.

Bagatellisering och isolering

Bagatellisering är en mildare form av förnekande av det som erfarits. Ett förnekande av **allvaret** i det som skett. Det här betyder att man är medveten om det som hänt men förringar händelsens påverkan. Isolering kan beskrivas som ett sätt att tränga bort det **känslomässiga** innehållet av det som upplevts trots att händelsen är medveten (Cullberg, 1998).

Dubbeltänkande

Herman (2007) hänvisar till George Orwells som i boken *1984* skildrar ett dubbeltänkande. Orwell beskriver där förmågan att samtidigt ha två motstridiga övertygelser i medvetandet och acceptera dem båda. Orwells tanke är att det finns en medvetenhet om att verkligheten förvanskas. Tack vare dubbeltänkandet går det dock att intala sig att det inte görs våld på den verkliga verkligheten, dvs. att behålla illusionen om att verkligheten inte har förvrängts. Orwell beskriver denna process som både medveten och omedveten. Medveten för att den genomförs med precision, och omedveten för att den annars skulle innebära en känsla av falskhet. Det är en beskrivning av två olika men samtidigt parallella världar där den ena delvis för-

nekas. I till exempel sorgearbetet med barn är detta ett känt fenomen: när en del av barnets jag vet att föräldern är död, samtidigt som en annan del av jaget lever som om föräldern vore vid liv.

Dissociation

Begreppet dissociation kommer ursprungligen från Janet (Herman 2007). Han syftade på det tillstånd när människor på grund av omstörtande livserfarenheter förlorade sin förmåga att hålla samman jaget. Janet beskrev ett abnormt tillstånd som fungerade som ett psykologiskt skydd i farliga situationer, då minnet eller existensen av otäckheterna avskiljdes från det vanliga medvetandet. De traumatiska upplevelserna som inte kan integreras, splittras i olika dissocierade system, frkopplade från varandra (Wennerberg, 2010). Dissociation är idag ett vedertaget begrepp inom traumatologin. Det är ett komplext begrepp som det är svårt att finna en entydig beskrivning av. Inom psykiatrin är dissociativa syndrom en diagnostisk term som rubricerar ett spektrum av olika tillstånd. Dissociation beskrivs då som störningar i integrering av medvetande, minne, identitet och varseblivning i olika svårighetsgrad (a.a). Traumatiserade personer kan ibland utveckla dissociativa symtom som ett sätt att hantera outhärdliga

händelser genom att mentalt fjärma sig från situationen. Det kan ofta innebära att man har en svårighet att vara i kontakt med sin egen kropp, som om kroppen inte var en del av en själv. Det kan också leda till att man har svårt att vara i kontakt med andra. I psykoterapier kan det visa sig som en bristande kontakt med psykoterapeuten när försvaret aktiverats av laddade teman. Inom psykiatrin kan traumatiserade personer med dissociativa syndrom riskera att bli feldiagnosticerade och därmed felbehandlade på grund av de många olika komplexa reaktioner och symtom som patienten uppvisar.

Projektion och projektiv identifikation

Projektion används inom psykologin och psykoanalysen för att beskriva hur omedvetna känslor och önskningar som jaget inte vill kännas vid istället förläggs hos en annan person eller sak. Man tillskriver andra de egenskaper man inte vill erkänna hos sig själv och slipper på så sätt vara i kontakt med skrämmande känslor i det egna inre.

Projektiv identifikation är ett begrepp som introducerades av Klein (1988) för att beskriva hur det lilla barnet klyver det inre och förlägger de "onda"/aggressiva delarna av sig själv i modern. Ur barnets

synvinkel är det då modern som blir den "onda", eftersom barnet befriat sig själv från dessa känslor. Detta innebär också att gränserna mellan jaget och den andre blir oklara. Bion (2001) utvecklade dessa tankar och beskriver projektiv identifikation som en omedveten kommunikation, som är en naturlig del av det tidiga samspelet mellan barn och mor. Ett språk bortom orden, där moderns intuitiva förmåga blir ett härbärgerande genom att ta emot, smälta och ge tillbaka barnets ångest i en mer bearbetad form. Bion gav projektiv identifikation en vidare innebörd. Han satte begreppet i utvecklingens tjänst och beskrev därmed ett samspel som gestaltas i alla mänskliga relationer, inte minst i den psykoterapeutiska relationen.

Agerande

Överväldigande upplevelser, som inte kunnat integreras i den psykiska erfarenheten och som det inte går att sätta ord på eller tänka kring, får istället utlopp i ett agerande. Att handla istället för att behöva tänka och känna blir ett sätt att göra sig av med plågsamma känslor. Agerande kan vara ett sätt att omforma maktlöshet till en upplevelse av kontroll. Genom att aktivt handla kan man hålla undan något som annars skulle kunna beröra. Agerandet blir därmed ett omedvetet sätt att kommunicera.

Alla dessa begrepp, och teorierna runt dem, har med tiden utvecklats på olika sätt inom psykologin, psykoanalysen och traumatologin. Det är teorier och begrepp som formulerats utifrån olika erfarenheter och kliniska verkligheter, i möten med patienter som alla varit utsatta för svåra händelser med avtryck i den inre världen. Det viktiga är att begreppen formulerats för att försöka förstå det komplexa och uppfinningsrika system en människa kan ta till för att avskärma sig och försöka undkomma minnet av sina outhärdliga erfarenheter.

Motstånd och försvar i psykoterapierna

Olika former av motstånd och försvar har präglat alla våra behandlingskontakter. Begreppet **klyvning** har hjälpt oss att förstå och kunna härbärgera de motstridiga krafterna i traumats dialektik, när vi försökt orientera oss i de motsägelsefulla parallella världarna som ofta gestaltats i psykoterapierna.

Klyvning, förnekande, isolering och bagatellisering

Hos de flesta män har vi mött ett **förnekande** av övergreppserfarenheterna, och därmed också en **klyvning** i den inre världen.

Jag tycker inte att det är så farligt egentligen, det jag blev utsatt för. Jag var ju ganska stor också, borde ha kunnat försvara mig på något sätt. Att prata om vad som hänt med övriga i släkten har känts helt uteslutet. Det är ju en oerhört allvarlig sak att anklaga någon för!

Förnekandet är en stark kraft som möjliggör ett liv där minnena av övergreppen kan hållas borta, genom att helt eller delvis **isolerar** och avskärmas från andra delar av jaget. Det kan leda till en slags känslomässig avtrubning, som genomsyrar tillvaron och försvårar möjligheten till nära relationer. Vissa av männen har beskrivit en inre livlöshet, att de levt ett liv i ett slags apatiskt tillstånd, avskurna från känslor. Ett avskärmande av affekter som t.ex. skräck, vrede, rädsla och skam, och en upplevelse av främlingskap och avskurenhet.

Det känns ibland som att jag har levt i en skuggvärld. Nästan som ett liv i apati. När jag läste min förövaras dödsannons var det som om jag vaknade upp och plötsligt kunde börja gråta. Jag har varit som en betjänt i hela mitt liv, alltid gjort allt för andra men glömt bort mig själv.

Mycket få av de män vi träffat har tidigare berättat

tat om vad de utsatts för, varken för professionella eller andra i sin omgivning. Skuld och skam över att vara någon som utsatts har varit starka hinder. Männen har också berättat om att de uppfattat ett **förnekande** från omgivningen när de försökt förmedla sina upplevelser. Oron för vad berättelsen skulle kunna förorsaka har varit ett skäl till att inte berätta. Man har inte velat vara den som medverkar till att familjen eller släkten splittras eller att en viktig person pekas ut som förövare, med allt vad det skulle föra med sig. Alla män vi mött har haft tydliga minnesbilder av hela eller delar av de övergrepp de varit utsatta för. Övergreppen har funnits bevarade i ett ordlöst **isolat** i det inre, oftast i form av påträngande bilder, som en helhet eller i form av bildfragment. En man uttryckte det så här:

Jag vet precis vad som hänt, det finns inne i mitt huvud. Jag har helt klara bilder men om jag berättar det blir det verkligt. Då blir det ju jätteläskigt. Jag vill liksom inte få det ur mig. Det kanske inte var så farligt ändå.

Att uttala det som skett har varit förknippat med skräck och djup ångest. **Förnekandet** har fungerat som en slags förvaringsplats, som en avskild

del i medvetandet, tills möjligheten att samla ihop sig funnits och berättelsen om övergreppet kunnat rymmas och bli mottagen. En man kunde för första gången berätta om de övergrepp han utsatts för när han i samband med en sjukskrivning fick kontakt med en förtroendefull person på vårdcentralen. Han hade då burit sin hemlighet väl inpackad i många år. Mötet blev till en god erfarenhet för honom och han kunde söka sig vidare för fortsatta samtal. Konsekvenserna av övergreppen överskuggade och begränsade honom i det dagliga livet och han ville, som han uttryckte det, bli mera ”hel”.

Förnekandet har ibland fungerat över decennier innan sprickor i det har uppstått. En man överväldigades av minnena av övergreppet när hans son var i samma ålder som han själv var då övergreppet skedde. Det hade då gått drygt tjugo år. **Förnekandet** brast när han plötsligt såsom i en spegel såg sig själv i sin son. Hos andra har minnena av övergreppen trängt fram i drömmar och fantasier, eller väckts till liv av andra traumatiska upplevelser. De flesta män som vi mött har haft svårt att definiera övergreppet som ett övergrepp och **bagatelliserat** händelsen.

Det var kanske inte så allvarligt. Jag gick ju dit igen och igen. Han bjöd på öl, vi runkade ihop, och det kändes okej. Men när det kom till penetration ville jag verkligen inte. Det gjorde ont och det var hemskt.

Bagatelliserandet av övergreppet har vi ibland förstått som ett sätt att förklara och förstå den egna upphetsningen, och skulden och skammen över den. En självpåtagen skuld över upplevelsen av egen delaktighet skulle kunna förstås inte bara som ett sätt att förneka övergreppet, utan också som ett sätt att hålla maktlösheten på avstånd och därmed behålla en upplevelse av kontroll.

Jag var ju nyfiken på sex. Jag ville gärna träffa en partner. Det var min första date och jag hade själv tagit initiativet till att ses. Det var ju mitt eget fel. Jag hade ju nästan riggat situationen, för jag hade nästan hoppats att vi skulle kunna ligga. Men inte på det sättet.

Flera av männen har inledningsvis haft svårt att se på sig själva med förståelse och komma bortom känslan av förakt, skam och skuld. Vägen till att känna empati med sig själv har ibland gått via andra. Genom att **projicera** sina egna känslor och

förlägga dem i den andre, möjliggörs en successiv identifikation med den egna utsattheten.

Att **förneka** det som skett, övergreppet, och i den meningen förvanska verkligheten, innebär att döda en del av jaget, eftersom de affekter som är förknippade med upplevelsen **isolerar**. Detta döda, livlösa område blir till en hållighet i det inre medan andra delar av jaget kan ha förmåga till kreativitet och livfullhet. Många män vi mött har beskrivit konstnärliga fält där berättelser med trådar till upplevda trauman tagit form. De har i musik, författande, måleri, fotograferande eller på andra sätt formulerat en början till en berättelse som varit svår att närma sig. Även drömmar och dagdrömmar har ibland varit en väg mot förståelse och bearbetning. I psykoterapierna har detta blivit ett sätt att börja närma sig och förstå de främmande och förnekade aspekterna av jaget.

Att arbeta med motstånd och försvar

Att hålla borta delar av sina erfarenheter från sitt medvetna jag under lång tid kräver starka motkrafter. En konsekvens blir att det är svårt att vara i kontakt med sig själv, och därmed också att vara i känslomässig kontakt med andra. Den psykoterapeutiska behandlingen kan då innebära en stor ut-

maning. Att gång på gång återvända till det psyko-
 terapeutiska rummet är att erkänna vad som hänt
 och konsekvenserna det fått. Psykoterapeuten kan
 symbolisera både trygghet och hot i sin roll som
 den som erkänner och bekräftar utsattheten. Hon
 kan känna det som om hon utsätter patienten för
 att återuppleva traumats smärta. Risken blir att
 hon drar sig för att utforska traumat, även om pa-
 tienten är beredd att göra det. Det som är skräm-
 mande är paradoxalt också vägen till befrielse och,
 förhoppningsvis, ett mer funktionsdugligt sätt att
 hantera traumat. Ett starkt motstånd kan väckas
 mot att föra samman de **kluvna** verklighetsbilder-
 na, som skyddat mot smärta. I behandlingsrum-
 met kan detta gestalta sig i längre eller kortare pe-
 rioder av stillastående, stumhet eller kontaktlöshet.
 Det kan leda till en upplevelse av oförmåga och
 maktlöshet hos behandlaren. För att befria sig från
 den känslan kan impulsen att handla bli stark. Ris-
 ken finns då att gå i allians med patientens försvar
 och undflyende genom att **agera** och börja tänka i
 termer av avslutning istället för att med varlig nyfi-
 kenhet undersöka stumhetens orsaker.

Traumats dialektik innebär snabba växlingar mel-
 lan olika sinnesstämningar. Det kan kännas förvir-
 rande för psykoterapeuten att hantera dessa skift-

ningar. Att möta människor som varit utsatta för
 övergrepp, särskilt i de fall händelsen under lång tid
 hållits undan, är en process som inte kan forceras.
 För att inte försvaren ska rämna, och upplevelser-
 na bli översvämmande och kaotiska, krävs tid för
 att närma sig och återvända till det som varit svårt.
 Att förlora sitt skal, sin skyddsmur, innebär att bli
 skyddslös och att, i värsta fall, gränsen mellan det
 yttre och inre brister.

*Det känns som att jag står på en bergskant och att
 marken bara glider undan under mina fötter. Jag
 är så rädd att tappa fotfästet helt.*

Ett gemensamt undersökande, med fokus på var-
 dagsfunktioner, kan bli till en skyddande struktur
 mot kaos: Att uppmärksamma och prata om ba-
 sala funktioner som vila, sömn och mat. Hur går
 det att hitta avslappning? Vilket socialt stöd finns
 i omgivningen? Hur fungerar vardagen med avse-
 ende på arbete, skola eller annan sysselsättning?
 Att värna och stödja jagfunktionerna blir en vik-
 tig uppgift. Som behandlare behöver man vara
 uppmärksam på patientens **dissociativa** reaktio-
 ner och mentala närvaro i rummet. Kanske behö-
 ver man fjärma sig från fokus på känslor och upp-
 levelser, och istället ha fokus på här och nu och

på vad som händer mellan patienten och behandlaren. Tappade man kontakten för att något blev för svårt? Patientens förmåga att **dissociera**, och på det sättet sätta gränser för sig själv, kan bekräftas och stärkas genom att som behandlare visa att man sett och förstått att en gräns passerades. Det blir behandlaren uppgift att normalisera och förklara de **dissociativa** försvarsstrukturerna.

Jag får ju ofta den där känslan av överklighet. När du berättade att andra också har beskrivit det som att de stått vid sidan av sig själva i hem-ska situationer kändes det inte riktigt lika skrämmande. Jag förstod att jag kanske inte kommer att bli galen. Det var väldigt befriande.

Ibland är det viktigt att klargöra vanliga reaktioner på traumatiska händelser för att göra fysiska och psykiska upplevelser begripliga. I all psyko-terapi, men särskilt i traumabehandling, behöver kunskapsförmedlande vara ett återkommande inslag.

Olika former av agerande

Hos en del av de vi mött har **agerandet** inte varit så lätt att identifiera, eftersom det tagit sig uttryck i socialt accepterade former som också haft vissa

positiva aspekter. Det har kunnat handla om att arbeta väldigt intensivt; att prestera på alla plan, såväl i arbetslivet som i det sociala livet, eller ta ett stort ansvar för andras välbefinnande.

Jag kände mig alltid stressad över att hinna med allt på jobbet, och hade också alltid bråttom hem. Min kille blev så irriterad om jag var sen. Han ville alltid att vi skulle göra saker ihop. Men det var svårt, för jobbet krävde också väldigt mycket av mig. Jag försökte verkligen få till det så att alla runt mig blev nöjda – även om jag själv kände mig nästan svimfärdig av stress. Till slut gick det inte längre. Jag blev sjukskriven.

I samtalen har det blivit tydligt hur de intensiva prestationerna tjänar som en mur mot att stanna upp och komma i kontakt med svåra känslor och tankar. Hos vissa av männen har **agerandet** gestaltats i sexualisering. Det har uttryckts som en stark upptagenhet av sexuella tankar och fantasier som inte gått att styra. Genom att försätta sig i en ständig upphetsning kan man fjärma sig från känslor som ledsenhet, sorg, övergivenhet och aggressivitet. Ibland har sexualiseringen funnits med som en stark kraft under många år och fungerat som en flyktväg bort från affekter, oro och ångest.

Den där upphetsningen. Jag har ju alltid sökt efter den egentligen. Den har jämt funnits med. Jag har inte tänkt på den förut som något som har fyllt någon funktion. Mer som att jag varit översexuell på något sätt.

Upptagenheten av sexuella tankar kan göra att man känner sig avvikande. Det kan ge upphov till känslor av skam och skuld som i sig kan bli ett hinder för att söka hjälp. Några av männen har beskrivit ett **agerande** som periodvis varit aggressivt laddat och som riktats omväxlande mot den egna kroppen och mot andra.

Jag ser ju att sexet är en slags självstraffning. Men det finns en upphetsning i det också på ett sätt. Trots att jag gör mig själv illa så känns det bra just då. Det är som att jag bara måste göra det, vet inte riktigt varför.

När aggressiviteten laddas sexuellt kan den bli destruktiv, sadistisk och/eller masochistisk. Detta har gestaltas t.ex. genom att konsumera porr och onanera på ett sätt som upplevs mer tvångsmässigt än lustfyllt. Att självdestruktivt utsätta sig för faror i sexuella situationer eller att inleda sexuella kontakter där gränser överskrids och riskerar

att leda till nya övergrepp. Agerandet kan ibland få formen av ett återkommande iscensättande av övergreppssituationen i form av ett upprepnings-tvång. En ickeverbal kommunikation och ett omedvetet lösningsförsök, för att befria sig från svåra affekter. Genom att förflytta det inre till den yttre världen blir det möjligt att vara regissör i sitt eget drama. På så sätt kan vanmakt förvandlas till en upplevelse av makt.

För de flesta av de män som sökt behandling på RFSU-kliniken har aggressiviteten varit mindre dominerande. Aggressivitet bildar ofta en barriär mot tänkande och reflektion, där samtalsterapi inte upplevs som en möjlighet att förändra en svår situation. Bland de män vi träffat har vi istället ofta sett en brist på aggressivitet i dess konstruktiva form, dvs som kraft, gränssättning och självhävdelse. Aggressiviteten kan istället ha vänts inåt mot det egna jaget och uttryckts i form av skuld och skamkänslor.

Att arbeta med agerande

I allt arbete med agerande handlar det i grunden om att hitta sätt att närma sig de känslor som evakueras, för att istället uttrycka dem på ett mer konstruktivt sätt. Den psykoterapeutiska behandlingen syftar till att få tillgång till sitt register av

affekter. Där är aggressiviteten en viktig kraft. Raseriet över det som skett finns ofta inte ens tillgängligt på ett medvetet plan. Bristen på utåtriktad aggressivitet blir också en del av **förnekandet**. Det är inget som känns, inget som hänt som varit allvarligt, och därmed inget som kan göra en upprörd. De starka försvararen har också varit en strategi för psykisk överlevnad. Att närma sig sina äkta känslor väcker ofta ångest. Det kan vara svårt och skräckfyllt att närma sig ett inre raseri. Oron för att omsätta sina mordiska fantasier i verkligheten, och rädslan för att inte kunna kontrollera sig, kan vara stor.

Jag hade bestämt mig för att konfrontera honom med vad han gjort. Jag var som i trans när jag åkte iväg till hans lägenhet. Jag vet inte vad jag skulle ha gjort ifall han hade öppnat dörren. Tur att han inte var hemma!

Den begynnande kontakten med den egna aggressiviteten behöver balanseras genom ett långsamt närmande, där känslan kan identifieras och verbaliseras för att så småningom integreras i en hanterbar form. Oavsett vilken eller vilka känslor som isoleras genom agerande handlar det gemensamma arbetet om att transformera det outhärd-

liga som förlagts i det yttre till att bli uthärdliga känslor i det inre. Det är en process som kräver tid. Om man under lång tid bevarat hemligheter i sitt inre kan en motreaktion vara att vilja berätta allt. Det kan då bli svårt att veta vart gränsen går i förhållande till andra. En bit in i psykoterapierna har en del män börjat uttrycka kraftfulla fördömanden mot människor som begår övergrepp. När den förlamande känslan av skuld och skam börjar försvinna har aggressiviteten blivit mer tillgänglig. Vissa av männen har då uttryckt ett starkt behov av att berätta om de övergrepp de själva utsatts för mer offentligt. Det kan förstås som ett sätt att lägga skulden där den hör hemma, på förövaren. Detta har väckt vår oro för att männen ska utsätta sig på nytt, i media, på arbetsplatser, inför kända och okända. Vi har då gemensamt reflekterat över vilka inre drivkrafter och föreställningar som kan ligga bakom en sådan öppenhet, och över vad konsekvenserna skulle kunna bli.

Som behandlare kan det innebära en svår utmaning att lyssna till beskrivningar av ett **agerande**. Det kan leda till en upplevelse av maktlöshet och uppgivenhet inför den situationen som patienten försätter sig i om och om igen. Det kan också väcka impulsen att vilja ingripa och rädda patienten.

ten från sitt eget **agerande**. Om behandlaren står ut och lyckas härbärgera sin oro, kan önskan att visa omsorg bli till en viktig ingång för att tillsammans med patienten utforska och försöka bedöma om det finns behov av konkret skydd eller andra insatser.

Ibland kan patientens berättelse formuleras på ett sexualiserande och påträngande vis. Att som behandlare bli indragen i ett sexualiserande innebär ofta en svår balansgång. Sexualiseringen av berättelsen kan förstås som ett skydd för patienten mot kontakt med affekter i en situation som väcker obehag eller rädsla. Samtidigt behöver sexualiserandet i relationen mellan behandlare och patient benämnas, så att den ickeverbala kommunikationen och distansierandet blir tydlig. Ibland kan man behöva undersöka om själva berättandet i sig också är kopplat till en sexuell upphetsning. Genom att benämna sexualiseringen på ett försiktigt undersökande sätt kan laddningen i rummet ofta brytas. På så sätt kan man också undvika att patienten i efterhand drabbas av skuld och skam som försvårar en fortsatt kontakt.

Motöverföringsreaktioner kan vara ett instrument att ta hjälp av för att förstå mer om vad som händer i mötet med patienten. Genom att uppmärksamma

och göra sig medveten om vad som väcks inom en själv som behandlare tas ett steg mot förståelse av vad som kan röra sig i patientens inre. Tillgång till handledning är ett mycket viktigt redskap. Vi behöver ett utrymme för reflektion och delande av det som sker i behandlingsrummet för att kunna fånga in och sätta ord både på de medvetna och omedvetna processerna.

Den talande kroppen

När vi inte kan hantera psykisk smärta genom symbolisering kan den ta sig kroppsliga uttryck eller psykosomatiska symtom. Om vi inte i ord kan formulera våra behov, affekter och känslor får kroppen tala istället. När det gäller sexuella övergrepp kommer oftast de kroppsliga symtomen efter en period av förnekande (Herman, 2007). Genom att avspjälka de affekter som övergreppet gett upphov till görs kroppen till ett språkrör. Vi har sett att kroppen haft en betydelse som ett eget försvarssystem eller som ett sätt att förmedla erfarenheter, som inte kunnat berättas på annat sätt. Vi har mött kroppar som berättat och kroppar som tänkt. Flera har också sökt hjälp inom den somatiska vården men ingen har frågat om ursprunget till det onda.

I skolan trodde de att jag hade svårt att höra, så jag fick gå på flera undersökningar. Men det fanns inget fel på min hörsel. Jag tänker nu att det var så fullt i mitt huvud att det inte fick plats med mera. Jag kunde bara inte ta in.

I vårt arbete med männen har vi mött alla olika sorters kroppsliga uttryck och symtom. Både initialt men också löpande under psykoterapiernas gång. De har berättat om en förlamande känsla av att ha is i armarna, brännande klot i magen, smärtor i ryggen, magen, hjärtat, penisen eller analen, som inte kunnat förklaras medicinskt. Andra män har beskrivit plötsliga akuta sjukdomstillstånd.

Det hände nåt så konstigt i förra veckan. Jag gick förbi huset, du vet, det där, där det skedde. Plötsligt fick jag så enormt ont i hjärtat, jag nästan segnade ner. Det var folk på gatan som ringde ambulansen. Men på sjukhuset konstaterade de att det inte var något fel på mitt hjärta.

Den här typen av kraftiga kroppsliga sensationer som upplevts som både förvirrande, skrämmande och oförklarliga har vi sett många exempel på. I terapirummet har flera plötsligt knappt kunnat hejda behovet av att kräkas. Andra har drabbats

av en “oförklarlig” trötthet eller somnat när laddade områden berörts. Konkreta kroppsliga reaktioner och uttryck som avbördar de starka känslor som inte ryms i det egna inre.

Flera patienter har beskrivit en stark upplevelse av att rummet utgjort ett gemensamt skyddande hölje runt det som berättats. Terapirummet skulle kunna beskrivas som en symbolisk form av en gemensam hud. En slags fristad där den inre världen kan blottas och delas. Ett rum där det varit möjligt att dumpa och spy ur sig olika reaktioner, känslor och tankar. Att sen skiljas åt, separera, har ibland upplevts som ett brott i den gemensamma huden. Önskan om ett andrum, ett utrymme för återhämtande för att rusta sig inför mötet med verkligheten är något som flera män uttryckt.

Inre bilder av kroppen

Det sexuella övergreppet har ibland givit upphov till fantasier och föreställningar såväl om den faktiska kroppen som om den inre kroppen. Det har uttryckts som en känsla av att vara besudlad, förbrukad, smutsig och äcklig. Det har också kunnat beskrivas som en upplevelse av att något införlivats i den egna kroppen som om den var besmitad. Olika sätt att försöka göra sig av med detta har

varit att i perioder intensivt tvätta sig eller använda lavemang, både som konkret och symbolisk reningsprocess. Med kroppsliga uttryck har man på ett symboliskt plan berättat om maktlöshet och skräck. Exempel på det har varit att genom träning bygga sin kropp för att undkomma en känsla av litenhet. Många män har berättat om att svälta sig för att bevara känslan av att fortfarande ha en pojkkropp. Den symboliska betydelsen av pojkkroppen kan vara att den fungerar som ett skydd mot en identifikation med den vuxne mannen, som i sin tur symboliserar förövaren. Andra har berättat om tröstätande för att döva obehagliga känslor vilket i sin tur lett till en besvärande övervikt. Den egna kroppen binder då inte bara ångesten utan blir också ett härbärge för den. Kroppen blir rent konkret ett skydd och samtidigt en smärtsam påminnelse om maktlösheten, eftersom övervikten upplevs som plågsam.

Det är som om nåt gnager inuti mig. Det känns som ett hål. Det liksom bara fräter. Jag äter och äter, skyfflar in maten. Jag är omätlig men känner inte hunger. Jag känner varken lukt eller smak. Är det inte konstigt?

Den tomhet som det innebär att vara bortom sina

kroppsliga och sinnliga behov är något som flera beskrivit. En inre föreställning som flera av männen delat är tanken om att själv kunna uppfattas som förövare.

Det känns som om något har inympats i mig, något främmande, otäckt, äckligt och skrämmande, som om något fått fäste i mitt inre. Jag känner mig nästan som förgiftad. Jag har en fantasi, eller en farhåga, som inte riktigt vill lämna mig. Tänk om jag kanske plötsligt bara skulle förvandlas, från en dag till en annan, och bli som han som utsatt mig. Jag har ju hört att han också var utsatt som barn.

Den skrämmande känslan av att bli ett med förövaren är något som många män och kvinnor utsatta för sexuella övergrepp brottas med, som om det "onda" överflyttats till dem själva och introjiceras på ett konkret och deterministiskt sätt. Det här är en slags fantasi som återkommit hos flera av männen och som vi kommit att benämna som ett "vampyrtema". För män tillkommer ytterligare en dimension som hänger ihop med samhällsliga föreställningar om utsatta män. Skräcken för vad andra ska tänka om en är inte enbart ett uttryck för en **projektion** utan också en allvarlig

oro över de schablonaktiga och felaktiga föreställningar som finns kring att alla män som utsatts är presumtiva förövare. Ett viktigt inslag i behandlingen är att beröra normer, attityder och föreställningar. Såväl de som kan finnas i det inre som de hos omgivningen.

Jag har svårt att närma mig andra människor. Jag får fantasier om att de vet vad jag har varit med om. Då tänker de kanske att jag kan vara en förövare också, fast jag aldrig har lockats av eller känt någon som helst dragning till barn. Jag har inte ens berättat för min tjej vad jag har varit med om, för om hon visste kanske hon skulle tro att jag skulle kunna göra nåt mot hennes barn och inte låta mig träffa dem.

Identifikation med förövaren är en vanlig upplevelse bland de som utsatts för sexuella övergrepp som barn eller tonåringar. Flera av de vi träffat har i tysthet, och under lång tid, inom sig hantarat otalbara fantasier. Det blir en uppgift för behandlaren att våga närma sig och i ett gemensamt undersökande försöka förstå tankarnas innehåll. Är det en skrämmande fantasi, en mer tvångsmässig fantasi eller handlar det om att hinnan mellan fantasi och verklighet håller på att brista. Oavsett

vad som ligger bakom är det ofta en stor befrielse när det blir möjligt att tänka och tala om fantasier kring identifikation med förövaren, som ofta skapat oro och skam.

Kunskapsförmedlande

Kunskaper om kroppen och dess reaktioner är ofta dåliga. Därför blir upplysningar om hur kroppen kan fungera ett viktigt moment för att skingra förvirringen efter ett övergrepp. Integritetskränkningar och kroppsliga kränkningar kan väcka motstridiga känslor. En vanlig föreställning när det gäller sexuella övergrepp är att om offret reagerar med sexuell respons som t.ex. erektion och utlösning så är det inte ett övergrepp. Som att den kroppsliga responsen skulle vara ett bevis för att det funnits en ömsesidighet. Inget kunde vara mera fel. Det finns två olika sexuella tändningsmönster. Det ena går via hypothalamus och lustcentret i hjärnan, det andra fungerar med mekanisk stimulering. Både erektion och ejakulation kan utlösas av ångest, skräck, rädsla, anal penetration eller ihärdig beröring. Det innebär att mannens förmåga att få stånd eller utlösning kan ligga helt bortom hans vilja. Ett sexuellt övergrepp kan också leda till förvirring kring upplevelser av lust, obehag och avsky. Det är inte ovanligt att man under övergreppet erfarit en form av upphetsning.

Fast det var så hemskt och obehagligt fick jag ju ändå erektion. Det blev liksom en upphetsning i kroppen. Fast jag inte ville. Det känns lite sjukt på något sätt. De där bilderna av henne kommer upp ibland när jag har sex med min tjej. Jag kan inte styra det. Jag skäms väldigt mycket över det. Det är som att det kommer emellan oss, och jag vill inte prata med henne om det för då kanske det blir ännu värre.

Det är en beskrivning av det dubbla och motsägelsefulla i kroppens förräderi då upphetsningen står i strid med den egna viljan, och det förvirrande och skamliga i detta.

Sammanblandningen av avsky och upphetsning som detta innebär kan vara svår att hantera och kan långt efteråt skapa förvirring kring den egna sexualiteten. Det kan också leda till känslor av skam och skuld, därför att man har tankar om att man inte reagerat som man borde gjort. Som behandlare är det därför viktigt att normalisera olika typer av sensationer, kroppsliga och psykologiska upplevelser, knutna till övergreppet. För att hjälpa mannen att berätta om sina egna upplevelser kan man benämna hur både obehag och upphetsning kan finnas samtidigt och hur kroppen

kan reagera bortom viljemässig kontroll i en övergreppssituation.

Vid övergreppssituationer är den vanligaste reaktionerna att "frysa" och känna sig handlingsförlamad. För män kan den reaktionen i efterhand vara extra svår att förstå och acceptera. I likhet med många kvinnliga offer kan män som upplever att de inte gjorde motstånd i samband med övergreppet brottas med tankar om att de därmed givit sitt samtycke (Monk-Turner & Light, 2010). I det inre kan man ha upplevt den egna oförmågan att försvara sig som ett raserande av upplevelsen av att vara man. Detta gäller oavsett om förövaren varit man eller kvinna.

Jag har tränat olika kampsporter sen jag var liten, karate, aikido, jiu-jitsu. Jag vet hur man försvarar sig, men jag blev liksom helt paralyserad, kunde knappt röra mig. Hur ska jag kunna berätta för någon vad som hänt mig, vad ska de tro?

Detaljer om övergreppet kan också komma att utelämnas i berättelsen beroende på hur skamfyllda de upplevts. Vid ett sexuellt övergrepp som inbegripit penetration blir kroppsgrensarna överträdna på ett brutalt sätt med en stark kroppslig

och psykologisk innebörd. Flera av männen vi träffat har upplevt penetrationen som det värsta med övergreppet. Det finns också studier som pekar på att just erfarenheten av att som man ha blivit penetrerad i samband med ett sexuellt övergrepp innebär signifikant lägre sannolikhet för att söka hjälp (a.a). Om mannen söker hjälp kan det vara svårt för honom att berätta att han penetrerats analt eller oralt. En man berättade hur han under flera dagar besökt flera olika vårdcentraler och lämnat urinprover, för kontroll av sexuellt överförbara infektioner, innan han till slut kunde tala om att han utsatts för ett oralt övergrepp och fick hjälp att ta de prover som behövdes.

Konsekvenser för sexualiteten

Mer än hälften av de män vi träffat har uttryckt att de besväras av sexuella symtom. De har beskrivit erektionsproblem av olika slag, att inte kunna få erektion eller att få en erektion och tappa den. Andra svårigheter har varit att få snabb utlösning eller ingen utlösning alls. Några av männen har upplevt att vissa kroppsdelar blivit helt obrukbara, som t.ex. munnen eller penis. Bristande lust har också för flera upplevts som en konsekvens av övergreppet.

Sex i en relation är rent plågsamt. Det är för mig bara prestation. Särskilt är det så när jag har en mer fast relation. Jag känner ingen njutning, jag vill inte beröra mitt eget kön och jag kan inte få utlösning.

Flera har berättat om en känsla av att förlora kontakten med sin egen sexualitet och beskriver det som om den egna kroppen enbart blivit ett redskap för den andre. Som behandlare kan det bli en uppgift att prata om hur det man varit med om kan färga sexuella upplevelser i nuet och få konsekvenser i den sexuella praktiken. Sexualitet och intimitet är inte ett avskilt fält inom individen utan är tätt sammanvävt med identitet, självbild, psykisk och fysisk hälsa.

De manliga och sexuella identiteterna

Frågor kring manlig identitet och sexuell identitet har varit teman som ofta varit i fokus i behandlingskontakterna med männen. Våra erfarenheter överensstämmer här med flera studier som visar att för män som senare i livet söker hjälp för övergrepp de varit utsatta för som barn eller ungdom, är det mest angelägna temat att komma tillrätta med den manliga identiteten (Rentoul & Appleboom, 1997).

I vårt samhälle tenderar vi att se manlighet utifrån ett dualistiskt perspektiv, där manlighet definieras i det som inte är kvinnligt. Manlighet är ett komplicerat och svårfångat begrepp som kan innehålla och fyllas med olika innebörder beroende på vem som definierar det. Ett mer öppet förhållningssätt är att tänka i termer av maskuliniteter. Maskuliniteter formas genom ett komplext samspel mellan biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer och uttolkas därmed på skiftande sätt i olika tider, samhällen och tanketraditioner. Oavsett olika tolkningar av begreppet är det den subjektiva definitionen och upplevelsen av maskulinitet som ur ett behandlingsperspektiv blir utgångspunkten.

Kropp och kön är centralt i vår psykosexuella utveckling. Tidigt i barnets liv upptäcks könsskillnader och blir därmed något som varje barn måste förhålla sig till. Både medvetna och omedvetna föreställningar om kön och genus förmedlas till barnet långt innan det är medvetet om sin könsidentitet. Den egna identiteten börjar långsamt byggas genom identifikation med de första viktiga andra genom att både "manliga" och "kvinnliga" aspekter införlivas i barnets inre värld. Vi tänker att detta inte är knutet till kön utan till manliga och kvinnliga funktioner som vi alla har mer eller mindre till-

gång till oavsett könstillhörighet. Bland flera av de män vi träffat finns många vars identifikation med "fadersfunktionen" försvårats av olika anledningar. Det kan ha handlat om en förälder som varit frånvarande trots sin närvaro, alltför påträngande eller auktoritär på ett skrämmande sätt. För vissa har det också blivit svårt att internalisera den omvårdande "modersfunktionen" genom bristfälligheter när det gäller skydd eller gränssättning. Flera har haft erfarenheter av tidigare trauman och separationer. När nya trauman väcker erfarenheter som vävs samman med de tidigare traumatiska händelserna innebär det stora utmaningar i arbetet att skapa ett stabilt jag. Om man utsatts tidigt i livet har grunden för den ömtåliga identitetsutvecklingen komplicerats och därmed försvårat bildandet av en stabil identitet där upplevelsen av en manlig identitet är en del.

Att gå från barn till vuxenhet är en lång och komplex process. Det innebär att separera ut sig, bli autonom, erövra sin kropp och sexualitet och på så sätt forma sin identitet. Med hjälp av begär, fantasi och föreställningar skapar vi vår inre värld kring kön, genus och sexualitet. Fantasierna blir en brygga för att utveckla den sexuella och manliga identiteten. Genom identifikation med andra blir det möjligt att

upptäcka, utforska och förstärka sitt jag. Att i fantasi eller lek prova olika roller är en viktig del i det kreativa skapandet av en egen identitet. Det använder vi oss alla av i olika faser mot vuxenblivandet, då vi gör upp med idealiserade inre föräldrafigurer och ersätter dem med andra vuxna, idoler och kompisar. Där har de homoerotiska fantasierna också en självklar och naturlig plats. Erfarenheterna av ett sexuellt övergrepp kan begränsa och hämma fantiserandet genom den konkreta handlingens innebörd. Bilder av övergrepp kan förstöra genom att tränga sig in i fantasier och sexuella situationer.

Varje gång jag hånglar och ska närma mig en tjej dyker minnen av det jag varit med om upp. Jag blir nästan helt paralyserad, Hon tror ju då förstås att jag inte är intresserad! Tänk om jag aldrig kan vara ihop med nån! Vad ska jag göra?

Många män har uttryckt att de skulle vara en helt annan person om inte övergreppet skett. De har beskrivit det som att de skulle vara mer genuina, dvs. på ett självklart sätt kunna stå upp för sig och hävda sig i förhållande till andra. Oavsett om man utsatts som barn, tonåring eller vuxen har de män vi mött på olika sätt brottats med sin inre upplevelse av manlig identitet. En man uttryckte det så här:

Jag upplever mig själv som mindre än de flesta män, jag är inte bekväm i min egen kropp. Ibland tittar jag på bilder av andra män och sedan tittar jag på mig själv i spegeln och försöker förstå hur de andra ser på mig. Ibland tänker jag att de kanske ser en liten pojke.

Oförmågan att leva upp till den egna idealbilden väcker känslan av värdelöshet. För en del har den upplevelsen funnits med redan tidigt i livet. Längtan efter bekräftelse kan därför ha varit väldigt stark. Förövaren har kanske varit en viktig person som under en tid fyllt behovet av att bli sedd eller en person man sett upp till och kunnat identifiera sig med. Som psykoterapeut kan det vara viktigt att bekräfta den del av patienten som längtat, för att kunna hjälpa patienten att bättre förstå sig själv och de kluvna känslor som man kan ha hyst för sin förövare.

Vissa har upplevt utsattheten som att de blivit ”feminiserade” av övergreppet, vilket ibland lett till förvirring eller frågeställningar runt könsidentiteten eller en undran över den egna sexualiteten. Övergreppen där förövaren varit en man kan ha dykt upp i mardrömmar eller fantasier på ett skräckinjagande sätt. Det har fått flera av de män vi

träffat att grubbla över frågan om dessa skrämmande scener haft med traumat att göra eller om det handlar om dem själva eller deras sexuella identitet.

Varför valde han mig? Var det nåt med mig som gjorde att han närmade sig? Såg jag ut på nåt speciellt sätt? Jag kan inte få den tanken ur huvudet, den surrar runt så jag nästan tror att jag ska bli tokig. Jag undrar hela tiden om jag egentligen är homosexuell, fast jag vet att jag inte är det.

För män som definierar sig som homosexuella kan övergreppet återuppväcka tidigare konflikter kring manlighet och manlig identitet som man upplevt sig ha löst i en tidigare fas i identitetsutvecklingen.

I tonåren skulle jag aldrig ha kunnat berätta att jag drogs till killar. Min pappa skulle ha blivit galen, han hatade homosexuella. Det gjorde det ännu svårare att berätta att jag blivit utsatt. Jag hade ju själv sökt upp den där mannen på nätet, inte visste jag att han skulle tvinga sig på mig på det sättet.

Övergreppet kan få ytterligare dimensioner, där det blir till en attack både på den manliga iden-

titeten och en central del av ens person, särskilt om övergreppet är ett hatbrott och alltså riktat mot själva identiteten. Om man blivit utsatt för ett hatbrott kan det leda till att man av rädsla förändrar sitt beteende och begränsar sitt livsutrymme, vilket i sin tur kan påverka identitetsupplevelsen. Den instinktiva känslan kan vara att snabbast möjligt vilja fly bort från medvetenheten om utsattheten. Men att för en tid stanna upp i ett slags accepterande av en offeridentitet är viktigt eftersom det är en bekräftelse på att ett orättfärdigt övergrepp skett och att det är förövaren som bär skulden. Utifrån ett erkännande av sig själv som offer behöver man sedan kunna gå vidare och återerövra den manliga identiteten (Dunn, 2012). Mannens inre föreställningar om sig själv som man och homosexuell kan efter ett hatbrott behöva undersökas och benämnas i en psykoterapi. Internaliserade negativa attityder kring den egna identiteten har koppling till ökade psykiska symtom efter ett homofobiskt hatbrott och hindrar mannens återerövrande av sin manliga identitet (Gold et al., 2007).

Identiteten kan också upplevas så attackerad av övergreppet att man förändrar sin sexuella praktik för att undvika att komma i kontakt med upp-

levelser av avvisande och svek. En man beskrev hur han efter att ha blivit utsatt för ett allvarligt övergrepp i en relation med en manlig partner inte längre förmådde ha sexuella relationer med män. Det fanns en stark längtan efter en djupare intim kontakt, men han avstod från att ge sig hän tillsammans med en man och etablerade istället sexuella relationer med kvinnor. För honom blev klyvningen ett sätt att skydda sig mot det dubbla sveket som ett övergrepp i en tillitsrelation innebär. Samtidigt kunde han beskriva de begränsningar för identitetsupplevelse som blev en konsekvens av klyvningen.

Skam

Förutom de kroppsliga och psykologiska konsekvenserna kämpar den som utsatts för sexuella övergrepp ofta med känslor av skam. Skam är en plågsam känsla och vi kan göra stora ansträngningar för att slippa komma i kontakt med skam, både vår egen och andras. Skammen uppstår i situationer där vi av olika skäl misslyckas med att möta förväntningar från omgivningen. På ett inre plan kan skammen också handla om att inte leva upp till de egna idealen av vem man bör vara. Den dömande instansen i vårt eget inre kan ibland ut-

vecklats till att bli sträng och skoningslös. Skammen utspelar sig därmed också inom den enskilda människan eller kanske snarare mellan två olika sidor inom individen, en fördömande sida och en annan som drabbas av självföraktet.

Skam och självförakt

Oron över att bli fördömd av andra är något som de flesta berättar om. Det egna självföraktet **projiceras** i den andres ögon.

Ibland blir det så outhärdligt att bara gå på en gata. Det går inte att möta andras blickar, jag vill egentligen bara försvinna. Jag känner det som om de kunde se rakt in i mig och då ser de ju vad jag har varit med om.

Det finns ofta en föreställning att omgivningen skulle omvärdera ens person om övergreppet blev känt. En inre föreställning om att betraktas som mindre värd eller defekt.

Jag berättade om övergreppet för min partner för första gången någonsin när relationen var i total kris och inget egentligen kunde bli värre. Det var så jag kände det. Jag hade hållit tyst om det i så många år och inte berättat för någon. Men de sis-

ta dagarna innan vi bröt med varandra berättade jag det för honom. Jag skulle ju i alla fall förlora honom nu.

Ofta har skammen påverkat upplevelsen av det egna jaget under en mycket lång tid. Konsekvenserna av skammen kommer då att genomsyra hela ens person. En aspekt av skam är viljan att dölja sig, då finns en frestelse att ge upp sig själv, att inte värna sina egna gränser, att vara till lags och ha svårt att säga nej. Ett annat sätt är att dra sig undan och undvika att komma nära för att inte riskera att bli sedd som den man är och avslöjad i sin skamlighet.

Det var som att jag låste inne allt det jobbiga, djupt inne i mig. Men till slut blev jag tvungen att försöka låsa upp, för det blev så svårt att vara tillsammans med andra. Jag var helt avstängd. Det blir till sist en stor börda att leva ett liv utan känslor.

Skam är till skillnad från skuld inget man kan gottgöra och ställa till rätta. Skuld är kopplat till något man **gjort** medan skam säger något om vem man **är**. Skam är därmed relaterat till upplevelsen av grunden i oss själva mer än till våra handlingar.

Skam, självförakt, depression

Skam kan vara förödande och hindrande för växande och utveckling. Vårt behov av bekräftelse från omgivningen är viktigt för att vi undan för undan ska lära att ge oss själva den nödvändiga bekräftelsen av att vi duger. När dessa förutsättningar saknas, t.ex. på grund av att man istället används för någon annans behov, uppstår en djup skam. En känsla av att inte vara värd att älskas och respekteras. Skammen över att inte bli bekräftad i sin egen rätt kan också väcka känslor av hat och ilska. Aggressiviteten kommer då ofta att riktas inåt mot jaget, som genom bristande bekräftelse upplevs otillräckligt. Aggressiviteten och den bakomliggande skammen kan på det sättet bli en viktig drivkraft i utvecklandet av depression (Beck-Friis, 2005).

Hon skulle tyckt att jag var äcklig om jag berättat vad som hänt. Alla skulle ha sett ner på mig och fördömt mig. Så tänkte jag i alla fall. Jag har alltid önskat att jag bara kunde fly bort. Inte så att jag tänkt att jag skulle ta mitt liv direkt. Men att bara vara borta.

Skam efter ett sexuellt övergrepp har starka kopplingar till kroppen och därmed till förmågan till intimitet och sexuella relationer. Därför är det

essentiellt i en behandling med personer utsatta för sexuella övergrepp att närma sig skammen. I en behandlingssituation kan skam ofta uttryckas i form av tystnad, att uppleva sig tom på tankar och känslor (Hauge, 2012). Det kan vara svårt att få ingångar till att arbeta med skamproblematiken och det kräver ofta en tillitsfull behandlingskontakt för att närma sig området. Eftersom man vill dölja sin skam kan behandlarens närvaro i den inre upplevelsen bli till ett hotfullt fördömande öga. Någon som kan komma att förakta och fördöma. För många kan det t.ex. vara svårt att ha ögonkontakt i mötet med behandlaren när man inledningsvis berättar sin historia (Myers, 1989). Eftersom djup skam leder till bortdragande från relationer och undantryckande av genuina känslor kan det behövas lång tid för läkning. Skam uppstår vid hot om att förlora sitt eget värde i relationer. Metoden att möta skammen behöver därför ha sitt fokus på relation, tillit och affekter. Att skapa möjligheter för läkning av skam innebär att etablera en relation som ger förmåga och mod att blotta sitt inre jag för en annan och bli accepterad (Pettersen, 2013).

Slutord

Våra inledande frågor var om det finns skillnader i följdverkningar för män och kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp och hur det i så fall ska förstås. Det mesta vi har beskrivit av följdverkningar för männen kan även appliceras på arbetet med utsatta kvinnor. I vårt psykoterapeutiska arbete har vi ändå sett att det finns vissa skillnader som vi valt att uppmärksamma. Det har framförallt handlat om olika frågor kring **manlig** och **sexuell identitet** men även om **skammen**. Skam är något de flesta som utsatts för sexuella övergrepp brottas med. Vår erfarenhet är att skammen hos de män vi mött berört fler dimensioner av identiteten och därför gripit djupare in i självbilden. Vi har förstått detta bl.a. som en konsekvens av rådande maskulinitetsnormer. Generellt är många av de skillnader som blir synliga mellan män och kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp formade eller förstärkta av de myter, normer och värderingar som omger och påverkar oss.

Upplevelsen av att vara besudlad och besmittad genom sin övergreppserfarenhet – det vi kommit att kalla “vampyrtema” – är något som både män och kvinnor ofta beskrivit som en obehaglig inre föreställning efter ett sexuellt övergrepp. Den felaktiga föreställningen om att alla män som utsatts

är presumtiva förövare innebär att män kan komma att få brottas med både sina egna och omgivningens fantasier. Den inre bilden av manlighet hänger inte enbart ihop med de samhälleliga föreställningarna utan skapas också av tidigare erfarenheter i viktiga relationer. Införlivandet av egna “moders- och fadersfunktioner” för skydd och självhävdande kan som vi tidigare nämnt ha varit bristfälliga. De flesta män vi mött har haft tidiga erfarenheter av trauman eller andra svårigheter som krockat i övergreppserfarenheten. Oavsett om övergreppet har skett i unga år eller i vuxen ålder har det på **olika** sätt skakat grundvalen i den egna inre upplevelsen av manlig identitet. När män utsätts för sexuella övergrepp finns ofta ett antagande om homosexualitet, både vad gäller offer och förövare. Övergreppet har hos offret många gånger väckt en undran över den egna sexuella identiteten, oberoende av sexuell läggning. Genomgående är att identitet, både manlig identitet och sexuell identitet, är ett område som blir särskilt angeläget när man möter manliga offer för sexuella övergrepp. Det är viktigt att i samtal ges möjlighet att utforska den subjektiva innebörden för den som utsatts. Frågor runt både manlig identitet och sexuell identitet är viktiga just för att identiteten är grunden för förmågan att vara

en annan människa nära. Genom att sätta ord på sina upplevelser blir det möjligt att se sig själv i ett sammanhang där man kan få en ny förståelse för sitt eget agerande och sina egna reaktioner. Att kunna möta den egna sårbarheten blir en grund för att erövra en manlighet som rymmer olika delar av såväl “manliga” som “kvinnliga” aspekter.

Jag tänker inte på övergreppet längre. Tidigare så plågade det mig varje dag. Nu kan jag säga nej som jag haft så svårt för tidigare. Jag kan också ha manliga chefer. Jag är inte längre rädd för dem. Min upplevelse nu är att jag är lika kapabel som vilken annan man som helst.

Uttalanden som detta beskriver den lättnad männen kan uttrycka när skuld och skam avtagit och de får mer tillgång till sin egen kraft och förmåga. Vi har haft förmånen att i de längre psykoterapierna få följa ett återerövrande av viktiga jagaspekter. Genom att kunna dela erfarenheter och skapa en berättelse av sina erfarenheter har självbilden förändrats. Det är framförallt i de långa psykoterapierna som vi kunnat avläsa de mest positiva effekterna och största förändringarna. Flera män har uttryckt hur känslan av att uppslukas i varje relation ersatts med ökad förmåga att sätta gränser för relationer som brister i ömsesidig respekt. Andra har beskrivit hur ensamhet och isolering förbytts till en känsla

av att vara i kontakt både med sig själv och andra.

Det har känts som jag har varit helt barrikaderad i min inre ensamhet. Nånting har hänt! Nu kan jag uttrycka både längtan och behov av närhet. Jag har vågat ge mig in i en ny relation. Jag tror att det kan bli nåt. Det känns som om den är mer levande och ömsesidig.

Vi har fått följa hur ett kontrollerat samtal i rummet så småningom övergått till ett öppet och förutsättningslöst reflekterande. En ökad förmåga att identifiera och uttrycka egna känslor och tankar har lett till en ökad frihet i förhållande till andra.

Det är mycket lättare för mig att tala om vad jag känner, jag är inte lika rädd. Jag kan bejaka min egen lust och kan ta initiativ till sex utan att känna mig konstig. Jag har tillgång till min egen sexualitet.

Bland de män som haft ett destruktivt agerande har många fått en större förståelse för sig själva. Skammen har minskat då man kunnat se hur agerandet fyllt en funktion i att hantera det som inte varit möjligt att tänka kring och sätta ord på. Många av de män vi mött har förvarat övergreppet i tystnad och ensamhet. Det samhälleliga förnekandet av att män kan vara offer för sexuella

övergrepp har bidragit till svårigheten att berätta och söka hjälp. Att under lång tid förvara traumatiska erfarenheter inom sig i tystnad kan få svåra konsekvenser för den inre världen och för självbilden. Med tiden kan försvarssystemen bli alltmer rigida och hindra utveckling. Destruktiva ageranden kan utvecklas för att hålla oro och ångest på avstånd. I den svenska vården idag finns det stora brister när det gäller omhändertagande av sexuellt utsatta personer. När någon utsatts för ett sexuellt övergrepp är det viktigt att få ett akut omhändertagande såväl medicinskt som psykologiskt, men vårdbehov kan se olika ut. Korta kontakter kan vara ett sätt att våga närma sig det som hänt för att senare eventuellt kunna återkomma. Vården behöver kunna erbjuda kristerapi i ett akut skede men också psykoterapeutisk behandling senare i livet om övergreppet då blir mer möjligt att närma sig. För att behov av vård ska kunna avtäckas måste vårdpersonal våga ställa frågor om övergreppserfarenheter.

Om tystnaden varit lång och skammen stor är det svårt att närma sig det man varit med om. Den ambivalens som utmärkt alla psykoterapierna ställer stora krav på behandlarens förmåga att hantera både närhet och distans. Sexuella övergrepp kan väcka många svåra känslor hos behandlare. Därför är det viktigt att få tillgång till handledning.

Handledarens funktion som ett “ tredje öga” gör det möjligt att skapa ett utrymme där det går att sortera, reflektera och förstå alla de obearbetade känslor som kan väckas.

Den här rapporten är en sammanställning av erfarenheter av psykoterapeutiskt arbete med sexuellt utsatta personer. Genom att sätta det manliga offret i fokus har vi velat bidra till att bryta tystnaden som forfarande omger män som utsatts för sexuella övergrepp. Det viktiga arbetet som gjorts på olika nivåer med fokus på kvinnliga offer för sexuella övergrepp har på många sätt banat väg för att kunna erkänna mäns utsatthet. Många erfarenheter och kunskaper från arbetet med kvinnliga offer är överförbara i arbetet med män som offer för sexuella övergrepp. Här har vi velat lyfta och synliggöra några områden som ändå skiljer ut sig och som kan vara viktiga att reflektera över i mötet med utsatta män.

Referenser

- Abdullah-Khan, N. (2008). *Male Rape. The Emergence of a Social and Legal Issue*. New York: Palgrave Macmillan.
- Anzieu, D. (2000). *Hudjaget Om hudens psykiska betydelse*. Falun: Natur & Kultur.
- Bion, WR. (2001). *Eftertankar. Psykoanalytiska studier*. Falun: Natur & Kultur.
- Beck-Friis, J. (2005). *När Orfeus vände sig om. En bok om depression som förlorad självaktning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- BRÅ (2008). *Våldtäkt mot personer 15 år och äldre. Utvecklingen under åren 1995-2006*. Rapport 2008:13. Stockholm.
- Christie, J. (1986). Ideal Victim. *Crime Policy to Victim Policy*. 17-30. (red. Fattah, E.A.). St Martin's Press.
- Cullberg, J. (1998). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Davies, M. & Rogers, P. (2006). Perceptions of Male Victims in Depicted Sexual Assaults: A review of the Literature. *Aggression and Violent Behavior* 11 (2006) 367-377.
- Davies, M., Rogers, P. & Bates, J-A. (2008). Blame Towards Male Rape Victims in a Hypothetical Sexual Assault as a Function of Victim Sexuality and Degree of Resistance. *Journal of Homosexuality*. Vol 55(3) 2008.
- Dunn, P. (2012). Men as Victims. "Victim" Identities, Gay Identities, and Masculinities. *Journal of Interpersonal Violence* 2012 27:3442.
- Ellis, C. D. (2002). Male Rape. The Silent Victims. *Collegian*, Vol 9(4):34-9.
- Fagerström, Å. (2014). *Män som utsatts för sexuella övergrepp – hur hanteras de i vården?* En research från RFSU-kliniken, Stockholm.
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Hälsan och hälsans bestämningfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*.
- Freud, S. (1997). Studier i hysteri. *Samlade Skrifter III*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Freud, S. (2003). Sorg och melankoli. *Samlade Skrifter IX*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Gold, S. D., Marx, B. P. & Lexington, J. M. (2007). Gay Male Sexual Assault Survivors. The Relations Among Internalized Homophobia, Experiential Avoidance, and Psychological Symptom Severity. *Behavior Research and Therapy* 45, 549-562.
- Göthberg, M. & Hedlund, E. (2005). *Våldtagen. En handbok i att möta utsatt kvinnor*. Stockholm: RFSU.
- Hauge, M. (2012). Skammens många ansikten. Erfarenheter i psykoanalys och psykoterapi med barn och familjer. *Skam*. Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie nr 12.
- Herman, L. J. (2007). *Trauma och tillfrisknande*. Göteborg: Göteborgs Psykoterapi Institut.
- Igra, L. (1998). Inledning. *Sexualiteten*. Freud, S. *Samlade Skrifter V*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Klein, M. (1988). *Kärlek skuld och gottgörelse*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lindberg, J. (2015). *Orsak: Våldtäkt. Om våldtagna män i medicinsk praktik*. Stockholm: Carlssons.
- Masho, W. S. & Alvanzo, A. (2010). Help-Seeking Behaviors of Men Sexual Assault Survivors. *American Journal of Men's Health* 4 (3) 237-242.
- McLean, I. A. (2013). The Male Victim of Sexual Assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 27 (2013) 39-46.
- Myers, M. F. (1989). Men Sexually Assaulted as Adults and Sexually Abused as Boys. *Archives of Sexual Behavior*, Vol 18, No 3.
- Monk-Turner, E. Light (2010). Male Sexual Assault and Rape: Who Seeks Counseling. *Sexual Abuse. A journal of Research and Treatment* 2010, 22(3), 255-265.
- NCK (2008). *Handbok för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. NCK-rapport 2008:1.
- NCK (2014). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. NCK-rapport 2014:1.
- O' Leary, P. J. (2009). Men Who Were Sexually Abused in Childhood. Coping Strategies and Comparisons in Psychological Functioning. *Child Abuse & Neglects*, 2009:33, p 471-479.
- Petterson, K. T. (2013). A study of Shame from Sexual Abuse Within the Context of a Norwegian Incest Center. *Journal of Sexual Abuse*, 22:677-694.

- Pöstényi, A. H. (1996). Hitom lustprincipen, Dröm, trauma, dödsdrift, *Divan* 3/1996, 4-5.
- Rentoul, L. & Appleboom, N. (1997). Understanding the Psychological Impact of Rape and Serious Sexual Assault of Men. A Literature Review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1997, 4, p. 267-274.
- Quinodoz, J-M. (1996). *Att tämja ensamheten. Separationsångest i psykoanalysen*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Rothman, E. F., Exner, D. & Baughman, A.L. (2011). The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian, or Bisexual in the United States: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse* 12 (2) 55-66.
- Segal, H. (1957). Notes on Symbol Formation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38: 391-397.
- Socialstyrelsen (2014). *Öppna jämförelser av stöd till brottsoffer. Våld i nära relationer*. Från www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/brottsoffer
- SOU 1982:61. Våldtäkt och andra sexuella övergrepp. *Betänkande avgivet av 1977 års sexualbrottskommitté*.
- Tidefors, I. (2010). *Det känns som att jag inte haft nåt riktigt liv än*. Statens Institutionsstyrelse.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer. Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wennerberg, T. (2013). *Själv och tillsammans. Om anknytning och identitet i relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.

RFSU är en medlemsorganisation. Vill du bli medlem?
Anmäl dig på www.rfsu.se/medlem.
Du kan läsa mer om RFSU:s verksamhet på www.rfsu.se.

Text Inger Björklund och Suzanna Boman
Layout Eva Fallström
Omslagsbild Kenneth Gustavsson
Tryck 2016
ISBN 978-91-85188-54-3
©RFSU

RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning)
Box 4331, 102 24 Stockholm
www.rfsu.se | info@rfsu.se

