



2025-08-28

# Genväg till forskning

Sexuell våldsutsatthet hos vuxna – Hälsokonsekvenser, bemötande och behandling

Marie E. Karlsson

Datum: 2025-08-28

Dokumentnamn: Genväg till forskning: Sexuell våldsutsatthet hos vuxna –  
Hälsokonsekvenser, bemötande och behandling

Författare: Marie E. Karlsson, leg. psykolog och psykoterapeut, PhD klinisk  
psykologi, docent i hälsa och samhälle, Center för sexologi och sexualitetsstudier,  
Institutionen för socialt arbete, Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö  
universitet.

## Sammanfattning

Denna genomgång sammanfattar resultat från systematiska översikter om sexuell våldsutsatthet hos vuxnas, deras hälsa och behandlingsinsatser som kan förbättra hälsan. Avsikten var att inkludera studier med vuxna kvinnor, män och hbtq+ personer och beskriva deras fysiska, psykiska och sexuella hälsa samt möjliga behandlingsinsatser för ohälsa kopplat till våldsutsatthet. Resultaten beskrivs utifrån när det sexuella våldet skedde (som barn, vuxen eller någon gång i livet) och visar på ett brett spektrum av möjliga hälsoproblem och behandlingsinsatser. Mestadeln av de granskade studierna gäller vuxna som varit utsatta under barndomen och fokuserar på psykisk ohälsa och psykologiska/psykosociala behandlingsinsatser. Genomgången riktar sig framför allt till praktiker inom hälso- och sjukvård och tandvård och inkluderar rekommendationer för bemötande av våldsutsatta. Genomgången inkluderar också information om begränsningar i forskningslitteraturen samt möjliga förbättringar.

## Inledning

Denna sammanfattning av forskningsöversikter inriktar sig på sexuell våldsutsatthet hos vuxna kvinnor, män och hbtq+ personer på ett brett sätt och går inte in på andra undergrupper som till exempel sexuellt våld som skett i specifika kontexter (religiösa miljöer eller fängelser), utövats av en specifik typ av förövare (förälder, partner) eller upplevts av en specifik målgrupp (migranter, universitetsstudenter) inklusive målgrupper med en viss sjukdom/ tillstånd (HIV, personer med intellektuell funktionsnedsättning). Fokus är inte heller på specifika typer av sexuellt våld (människohandel, digitalt våld, trakasserier). Genomgången riktar sig framför allt till praktiker inom hälso- och sjukvård och tandvård och sammanfattar forskning om hälsan hos vuxna våldsutsatta samt möjliga behandlingsinsatser för att förbättra deras hälsa.

Resultaten nedan inkluderar en granskning av systematiska översikter som delas in i tre delar utifrån när den sexuella våldsutsattheten skedde (som barn, vuxen eller någon gång i livet). Den ursprungliga avsikten var också

att inkludera vuxna som varit utsatta för sexuellt våld som barn och vuxen (upprepad utsatthet, så kallad revictimization i den engelskspråkiga litteraturen), men inga systematiska översikter med detta fokus identifierades. Dock inkluderade vissa av översikterna upprepad utsatthet som en potentiell konsekvens av att ha varit utsatt under barndomen (inkluderat nedan under sexuell hälsa). Innan genomgången av resultat från översikterna beskrivs relevant diskurs kring att definiera sexuellt våld samt fastställa prevalensen för hur vanligt förekommande sexuellt våld är.

### **Definitioner och prevalens av sexuellt våld**

Det finns stor variation i forskningslitteraturen kring hur man definierar sexuellt våld inklusive vilka frågor samt vilken ålder man använder för att klassificera att våldet skedde under barndomen eller under andra tidsperioder. I vissa studier är gränsen mellan utsatthet som barn eller vuxen 18 år medan andra studier använder tidigare och varierade åldersgränser. Avsaknaden av en överenskommen definition av sexuellt våld och ett standardiserat sätt att bedöma om någon varit utsatt för sexuellt våld försvårar processen att sammanställa forskningsresultat inom området.

Studier har visat att definitionen av sexuellt våld inklusive vilka frågor man använder för att identifiera våldet påverkar vem som klassificeras som utsatt samt prevalensen. Till exempel visar studier att om man använder enstaka eller ett fåtal frågor och/eller mer globala frågor (exempelvis, har du blivit våldtagen?) kategoriseras färre personer som utsatta och resultaten påverkas till större grad av samhällsnormer kring sexuell våldsutsatthet (1). Däremot kan bredare definitioner (utöver våldtäkt) och användandet av fler frågor samt frågor som fokuserar på att beskriva beteenden i stället för att använda generella termer som övergrepp eller våldtäkt resulterar i att fler personer kategoriseras som utsatta. Det finns också utmaningar kring att svara på frågor om sexuell våldsutsatthet retrospektivt (ibland flera år efter våldet skedde) samt att skapa bra förutsättningar för att personer som haft dessa upplevelser ska vilja dela med sig av denna information (2).

Utmaningar med att definiera sexuellt våld påverkar prevalensen. Ett exempel på hur prevalensen kan variera mellan studier är från en systematisk översikt med 21 prevalensstudier från 14 olika europeiska länder (3). Resultaten visade att tio procent av kvinnor varit utsatta för sexuellt våld sedan 13 års ålder och sex procent sedan 18 års ålder. Studier med den smalaste definitionen av sexuell våldsutsatthet (tvingad fullföljd penetration) visade att sex procent av kvinnorna har varit utsatta medan studier med bredare definitioner (inkluderade penetrativt och icke-penetrativt våld, genomförda övergrepp och försök till övergrepp samt situationer med bristande förmåga att samtycka) visade att 20–52 procent av kvinnorna varit utsatta. Liknande variationer rapporterades från studier med män där studier med den smalaste definitionen visade att mindre än en procent varit utsatta medan bredare definitioner visade att tio till 56 procent varit utsatta.

Trots dessa utmaningar kring att definiera sexuellt våld och fastställa dess prevalens är det viktigt att bidra med en definition samt sammanställning av resultat från prevalensstudier som är relevanta för denna genomgång. Världshälsoorganisationen definierar sexuellt våld som (4):

- en sexuell handling eller försök till en sexuell handling
- oönskade sexuella kommentarer eller närmanden eller försök till människohandel i sexuellt syfte,
- som riktar sig mot någons sexualitet med tvång, av en person oavsett relation till offret, i alla miljöer, inklusive men inte begränsat till, hemmet och arbetet. <sup>4 (s. 84)</sup>

Världshälsoorganisationen poängterar också att man ofta särskiljer mellan tre typer av sexuellt våld (4): sexuellt våld som inkluderar samlag/penetration (våldtäkt), sexuellt våld som inkluderar kontakt/beröring (till exempel oönskad beröring som inte leder till samlag/penetration) och sexuellt våld utan kontakt/beröring (till exempel hot om sexuellt våld, exhibitionism och verbala sexuella trakasserier).

Globala studier om sexuellt våld har ofta ett bredare våldsfokus och tenderar att inrikta sig på kvinnors utsatthet. Enligt

Världshälsoorganisationen har 30 procent av världens kvinnor varit utsatta för fysiskt och/eller sexuellt våld av en partner och sju procent har varit utsatta för sexuellt våld av en icke-partner någon gång i livet (4). Rapporten visar också att 20 procent av kvinnor och fem till tio procent av män har varit utsatta för sexuellt våld under barndomen. Författarna noterade att det finns begränsat med globala studier om mäns utsatthet för sexuellt våld.

Generellt har det även varit begränsat med studier om sexuella minoriteters erfarenheter av sexuellt våld och de studier som finns tenderar att fokusera på sexuell identitet eller läggning. Till exempel visar resultat från en metaanalys att 17–24 procent av män och 36–40 procent av kvinnor som identifierar som homosexuella och/eller bisexuella hade varit utsatta för sexuellt våld som barn (5). En annan systematisk översikt visade stor variation i prevalens mellan studier men rapporterade följande medianvärden för män och kvinnor som identifierar som homosexuella och/eller bisexuella: 23 procent av män och 35 procent av kvinnor hade varit utsatta för sexuellt våld som barn, 15 procent av män och 23 procent av kvinnor hade varit utsatta som vuxen och 30 procent av män och 43 procent av kvinnor hade varit utsatta någon gång i livet (6).

En representativ studie från den svenska kontexten visar att 27 procent av kvinnor och elva procent av män hade varit utsatta för sexuellt våld innan 18 års ålder, 28 procent av kvinnor och åtta procent av män hade varit utsatta efter 18 års ålder och 43 procent av kvinnor och 15 procent av män hade varit utsatta för sexuellt våld någon gång i livet (7). I en annan representativ studie med ungdomar och unga vuxna (16–29 år) presenterades resultaten utifrån deltagarnas könsidentitet (56 procent tjej/kvinna, 42 procent kille/man och två procent icke-binär) och sexuella identitet (77 procent heterosexuell, tre procent homosexuell, nio procent bisexuell, två procent pansexuell och en procent asexuell) (8). Det fanns också deltagare som var osäkra på sin könsidentitet (mindre än en procent), osäkra på sin sexuella identitet (fyra procent) samt de som inte ville kategorisera sin sexuella identitet (fyra procent). Resultat visade att 23 procent av tjejerna/kvinnorna hade varit utsatta för våldtäkt, 17 procent för fysiskt våld under sex och 13 procent för digitalt sexuellt våld någon gång i

livet medan två procent av killarna/männen hade varit utsatta för våldtäkt, tre procent för fysiskt våld under sex och tre procent för digitalt sexuellt våld. I den icke-binära gruppen hade 16 procent varit utsatta för våldtäkt, 23 procent för fysiskt våld under sex och 17 procent för digitalt sexuellt våld. När resultaten presenterades utifrån sexuell identitet var det mellan tio (asexuella och de som inte ville tillhöra en kategori) och 30 procent (bi- och pansexuella) som hade varit utsatta för våldtäkt, mellan nio (heterosexuella) och 30 procent (pansexuella) som hade varit utsatta för fysiskt våld under sex och mellan sju (heterosexuella) och 26 procent (pansexuella) som hade varit utsatta för digitalt våld. Högst utsatthet hade bisexuella kvinnor (39 procent utsatta för våldtäkt, 31 procent fysiskt våld under sex och 22 procent digitalt sexuellt våld).

Sammanfattningsvis tyder resultat från prevalensstudier på att kvinnor har högre utsatthet för sexuellt våld än män och att könsidentitet och/eller sexuell identitet/läggning kan påverka ens utsatthet. Högre utsatthet har till exempel rapporterats av bisexuella kvinnor. Tidigare forskning har också visat att ålder är en relevant faktor. Det är vanligast att bli utsatt som tonåring eller ung vuxen med högre prevalens hos yngre kvinnor (9).

## Resultat

### Hälsokonsekvenser

Tidigare forskning visar att vuxna som varit utsatta för sexuellt våld, oavsett när de varit utsatta, tenderar att ha en sämre hälsa, högre funktionsnedsättning och sämre livskvalitet jämfört med vuxna som inte varit utsatta för sexuellt våld (10–14). Funktionsnedsättning inkluderar negativ påverkan på arbetslivet och studier. Nedan beskrivs resultat separat för fysisk, psykisk och sexuell (o)hälsa utifrån när man var utsatt för det sexuella våldet, uppdelat i varje avsnitt efter om man var utsatt som barn, vuxen eller någon gång i livet.

Det saknas studier som förtydligar eventuella konsekvenser av upprepade utsatthet samt relaterade behandlingsbehov, kanske framför allt i

förhållande till forskning om vuxna som varit utsatta under barndomen. De flesta studier som identifierades för denna genomgång inriktade sig på vuxna som varit utsatta under barndomen, men det är ofta oklart om de enbart varit utsatta under barndomen eller om det kanske handlar om upprepade utsatthet. Endast en systematisk översikt fokuserade på hälsan hos vuxna som blivit utsatta som vuxna. Resterande studier kombinerar på olika sätt resultat från studier med vuxna som varit utsatta som barn och/eller vuxen och kategoriseras därför som utsatthet någon gång i livet.

Utöver ovan nämnd variation mellan studier i hur man definierar och mäter sexuellt våld finns det även stor variation mellan studier utifrån om och hur de tar hänsyn till, och kontrollerar för, andra relevanta faktorer. Detta inkluderar faktorer som troligtvis påverkar sambanden mellan sexuell våldsutsatthet och ohälsa. Exempel på sådana faktorer är socioekonomiska förutsättningar, uppväxtmiljön, andra våldserfarenheter och traumatiska upplevelser samt detaljer kring det sexuella våldet (relation till förövaren, våldets allvarlighetsgrad och kronicitet). På grund av dessa begränsningar i litteraturen är det ofta svårt att dra slutsatsen om orsaken till ohälsa är det sexuella våldet och/eller andra faktorer. Därför benämns också resultat som associationer eller samband.

Om någon av studierna i de systematiska översikterna inkluderade i denna genomgång visade på ett signifikant samband mellan sexuell våldsutsatthet och någon form av fysisk, psykisk eller sexuell ohälsa hos vuxna är resultatet inkluderat. Detta innebär dock inte att alla studier i översikterna har uppvisat signifikanta associationer utan att åtminstone någon av dem har. Om någon översikt visat på enbart icke-signifikanta samband eller blandade samband (där vissa studier visar på signifikanta samband och andra inte) nämns även detta i resultaten nedan. Det är generellt stor variation mellan översikter utifrån hur många studier som inkluderats och hur många som visat på signifikanta eller icke-signifikanta samband.

Ett signifikant samband innebär att man med statistiska metoder fastställt att det finns en relation mellan variabler (sexuell våldsutsatthet och någon form av ohälsa) som inte kan förklaras av slumpen. I detta sammanhang

innebär signifikanta associationerna att våldsutsattheten är associerad med en högre risk för ohälsa eller högre grad av ohälsa. Ibland beskrivs resultaten även utifrån effektstorlek vilket förtydligar hur starkt ett samband är eller hur stor skillnaden är mellan grupper. Dessa beskrivs som små/liten, medelstor eller stor där en stor effektstorlek indikerar ett starkare samband och en större skillnad mellan grupper. Vissa av de systematiska översikterna är metaanalyser vilket innebär att statistiska metoder använts för att sammanställa resultat från flera studier.

Notera att det inte alltid är tydligt i översikterna om resultaten från de granskade studierna fokuserar på sjukdomar/syndrom eller symtom av möjliga sjukdomar/syndrom inom de olika kategorierna. När resultat jämförs med en annan grupp är det oftast en jämförelse mellan våldsutsatta och icke-våldsutsatta. De flesta studier fokuserar på den psykiska hälsan. Se metodbeskrivningen för mer information om urval av översikter som ingår i denna genomgång inklusive detaljer om meta-översikterna och den systematiska översikten som graderat evidensläget och som nämns i resultaten.

## **Fysisk hälsa**

### **Sexuell våldsutsatthet som barn**

Studier har visat på att vuxna som varit utsatta för sexuellt våld under barndomen generellt har en sämre fysisk hälsa än vuxna som inte varit utsatta (11). Resultaten från meta-översikterna visade på signifikanta associationer mellan att ha varit utsatt under barndomen och ha någon av följande fysiska symtom och/eller sjukdomar som vuxen: psykogena icke-epileptiska anfall, mag- och tarmsjukdomar/symtom, hjärt- och kärlsjukdomar/symtom (inklusive kranskärlssjukdom), övervikt/fetma, smärtproblematik och fibromyalgi (10, 11). Den systematiska översikten som graderat evidensläget visar, för fysiska tillstånd, på starkast samband mellan att ha varit utsatt under barndomen och att ha astma (grad två av max fem) följt av typ 2 diabetes (grad ett av max fem) som vuxen (15). Associationen till kranskärlssjukdom (ischemisk hjärtsjukdom) var också inkluderad, men var inte signifikant.

Ytterligare en översikt fokuserade på vuxnas vikt och sexuell utsatthet under barndomen (16). Denna systematiska översikt och metaanalys visade på signifikanta samband mellan att ha varit utsatt som barn och fetma samt övervikt, men inte mellan utsatthet och undervikt eller grav fetma (enligt BMI, body mass index).

Den sista systematiska översikten som inkluderas i denna del av resultaten visar på signifikanta samband mellan kvinnors våldsutsatthet och cancer (17). Forskarna inkluderade studier med kvinnor som varit utsatta som barn, tonåring och/eller vuxen och uppvisade ett signifikant samband mellan sexuell utsatthet som tonåring och risk för att utveckla livmoderhalscancer. Sambandet var inte signifikant för kvinnor som varit utsatta som barn. Utsatthet för sexuellt våld var inte heller signifikant associerat till cellförändringar i livmoderhalsen.

### **Sexuell våldsutsatthet som vuxen**

Endast en av de identifierade systematiska översikterna, som är en meta-översikt, har summerat forskningsresultat om fysisk ohälsa hos vuxna som varit utsatta som vuxna (12). Studien uppvisade signifikanta associationer mellan utsatthet som vuxen och psykogena icke-epileptiska anfall samt mag- och tarmsjukdomar/symtom. Sambanden var inte signifikanta för kronisk huvudvärk eller fibromyalgi.

### **Sexuell våldsutsatthet någon gång i livet**

Ovan nämnda systematiska översikt om samband mellan våldsutsatthet och cancer visade på en förhöjd risk att utveckla cancer om kvinnorna någon gång varit utsatt för sexuellt våld (17).

## **Psykisk hälsa**

### **Sexuell våldsutsatthet som barn**

Inledningsvis visade resultaten från meta-översikterna på signifikanta associationer mellan att ha varit utsatt under barndomen och ha någon av följande psykiska symtom och/eller syndrom som vuxen: ångest, fobier, posttraumatisk stress, tvång, depression, dissociation, psykos/paranoia,

schizofreni, ätstörning, kroppssyndrom, sömnstörning, personlighetssyndrom, emotionell instabilitet (borderline) personlighetssyndrom och substansberoende/riskbruk (10, 11). Det fanns också signifikanta associationer till självmordstankar, suicidala beteenden, suicidförsök och självskadebeteenden samt utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser som lägre intellektuell/kognitiv funktion och specifika inlärningssvårigheter (10). En av meta-översikterna uppvisade icke-signifikanta associationer med fobier, paranoia, kroppssyndrom, substansberoende/riskbruk eller självskadebeteenden (11). Den systematiska översikten som graderat evidensläget visar, för psykiska tillstånd, på starkast samband mellan att ha varit utsatt under barndomen och att ha alkoholberoende och självskadebeteenden (grad tre av max fem) följt av ångest och depression (grad två av max fem) samt drogberoende, bulimi och schizofreni (grad ett av max fem) som vuxen. Sambandet var inte signifikant för anorexi (15).

Resterande översikter om vuxnas psykiska ohälsa och utsatthet under barndomen fokuserar på ett begränsat antal hälsotillstånd och/eller en begränsad grupp deltagare. Två handlar om ångest och/eller depression, två om droganvändning, en om dissociation, en om emotionell instabilitet (borderline) personlighetssyndrom och en om ADHD. Den sista översikten handlar om psykisk ohälsa hos kvinnor som är sexuella minoriteter.

Den första översikten som handlar om ångest och/eller depression inriktade sig på utsatthet för fysiskt och/eller sexuellt våld som barn och koppling till ångest och/eller depressions diagnos(er) som vuxen, bedömt med hjälp av strukturerade kliniska intervjuer (18). Resultaten från metaanalysen visade på en signifikant association mellan utsatthet under barndomen och att uppfylla kriterierna för en ångest och/eller depressionsdiagnos som vuxen. Sambandet var signifikant för män och kvinnor och det var ingen skillnad mellan könen. Den andra översikten fokuserade på utsatthet under barndomen och depression hos vuxna (19). Resultaten visade på en tidigare debut av depression, ungefär 6,5 år tidigare, för personer som varit utsatta som barn jämfört med de som inte varit utsatta. De visade också att tidigare ålder för utsattheten var associerat

med en högre risk samt fler och/eller mer intensiva symtom av depression. Denna association var dock endast signifikant för studier med kvinnor vars medelålder var över 30 och som rekryterats utanför utbildningskontexter (inte universitetsstudenter) samt studier som mätte ålder som en kontinuerlig variabel (i stället för kategorisk).

I två översikter sammanställdes resultat från studier om utsatthet under barndomen och droganvändning. Den första fokuserade på injicering av droger någon gång i livet och visade att knappt hälften av studierna (åtta av 17) tydde på signifikanta samband, varav en av studierna enbart uppvisade ett signifikant samband för män (20). Den andra översikten inriktade sig enbart på droganvändning hos män som varit utsatta för sexuellt och/eller fysiskt våld som barn jämfört med män som inte varit utsatta (21).

Resultaten skilde sig något mellan kliniska och icke-kliniska studier och olika utfall kopplat till droganvändning men generellt uppvisade resultaten från både kliniska och icke-kliniska studier att det finns signifikanta samband mellan mäns utsatthet för sexuellt våld under barndomen och en förhöjd risk att använda droger.

I den översikt som sammanställde resultat från studier om sambandet mellan dissociation hos vuxna och utsatthet för trauma och/eller omsorgssvikt under barndomen, handlade majoriteten av studierna om sexuell våldsutsatthet (22). Resultaten visar att personer som varit utsatta för sexuellt våld som barn har mer dissociation än personer som inte varit utsatta. De som varit med om sexuellt och/eller fysiskt våld under barndomen hade mer dissociation än de som varit utsatta för emotionellt våld och/eller omsorgssvikt. Det var ingen skillnad mellan sexuell och fysisk våldsutsatthet.

I översikten om samband mellan sexuell våldsutsatthet och emotionell instabilitet (borderline) personlighetssyndrom, inriktade sig majoriteten av de granskade studierna enbart på sexuell våldsutsatthet under barndomen (31 av 40) även om författarna inte avgränsade till detta (23). Resultaten visade på en signifikant association mellan att ha varit utsatt som barn och att utveckla borderline personlighetssyndrom som vuxen. En annan

översikt granskade studier som utvärderat associationer mellan sexuell våldsutsatthet under barndomen och ADHD symtom och/eller diagnos som vuxen och uppvisade signifikanta samband (24).

Den sista översikten inriktade sig på kvinnor som också är sexuella minoriteter och deras psykiska hälsa kopplat till att ha varit utsatta för sexuellt våld under barndomen (25). Författarna fokuserade på studier med kvinnor som identifierade sig som något annat än heterosexuella. Enligt författarna har forskning visat att kvinnor som är sexuella minoriteter generellt har en sämre psykisk hälsa jämfört med heterosexuella kvinnor. Resultaten från översikten visade att denna risk tenderar att vara förhöjd om de också varit utsatta för sexuellt våld under barndomen. De flesta studierna i översikten fokuserade på kopplingar till substansberoende och uppvisade signifikanta associationer mellan utsatthet under barndomen och mer alkoholanvändning (riskbruk och beroende) som vuxen. Bisexuella kvinnor var den grupp som oftast rapporterade att de varit utsatta för sexuellt våld som barn och de uppvisade också det starkaste sambandet till alkohol (riskbruk och beroende). Översikten visade även på signifikanta samband till suicidtankar/-beteenden samt posttraumatiskt stressyndrom. Som ovan tyder resultaten på att kvinnor som tillhör en sexuell minoritet och som också varit utsatta för sexuellt våld under barndomen har en högre risk för att utveckla dessa svårigheter. En del av resultaten tyder på att minoritetsstatus, inklusive sexuella minoriteter men även andra som till exempel etniska minoriteter, påverkar sambanden mellan utsatthet under barndomen och psykisk ohälsa.

### **Sexuell våldsutsatthet som vuxen**

Endast en systematisk översikt som också är en meta-översikt handlar om den psykiska hälsan hos vuxna som varit utsatta som vuxna (12). Resultaten visade på signifikanta associationer mellan utsatthet och akut stressyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, ångestsyndrom (inklusive fobier), affektiva syndrom (depression och bipolaritet), substansberoende, ätstörning, emotionell instabilitet (borderline) personlighetssyndrom och psykossjukdom. Det fanns även signifikanta samband till suicidtankar och försök.

## **Sexuell våldsutsatthet någon gång i livet**

En översikt identifierade en medelstor effekt för sambandet mellan att ha varit utsatt för sexuellt våld någon gång i livet och att ha en sämre psykisk hälsa som vuxen (26). Resultaten från översikten visade också på signifikanta associationer mellan utsatthet och följande psykiska symtom och/eller syndrom: ångest, tvång, trauma- och stressrelaterade, depression, bipolära, ätstörningar och substansberoende. Även associationen till suicidrisk var signifikant. Alla samband var medelstora förutom associationen till ätstörningar och substansberoende som var små.

En annan systematisk översikt sammanfattade resultat från longitudinella studier (27). Även om majoriteten av de granskade studierna handlade om sexuell våldsutsatthet under barndomen (27 av 37) presenterades resultaten tillsammans och det går därför inte att särskilja mellan de som varit utsatta som barn eller vuxna. Resultaten visade på signifikanta associationer mellan sexuell våldsutsatthet och ångest, depression, posttraumatiskt stressyndrom, ätstörningar och sömnstörningar. Det fanns även en signifikant association till självmordsförsök. Författarna hittade ingen signifikant koppling mellan utsatthet och schizofreni eller kroppssyndrom.

Resterande tre översikter om vuxnas psykiska ohälsa kopplat till att ha varit utsatt någon gång i livet fokuserar enbart på män eller kvinnor. Två översikter handlade om kopplingen mellan utsatthet och suicidtankar och försök. Både visar på signifikanta samband, den ena med kvinnor (28) och den andra med män (29). Den sista översikten fokuserade på kvinnor och uppvisade signifikanta samband mellan utsatthet och graviditetsdepression (30).

## **Sexuell hälsa**

Liknande föregående avsnitt beskrivs resultaten utifrån när man varit utsatt för det sexuella våldet och de flesta studier har fokuserat på vuxna som varit utsatta under barndomen. Till skillnad från tidigare delar om ohälsa

har åtskilliga studier om sexuell (o)hälsa inriktat sig på sexuella riskbeteenden hos personer som varit utsatta för sexuellt våld. Dessa beteenden kan öka risken för negativa konsekvenser som till exempel spridning av könssjukdomar eller upprepad sexuell våldsutsatthet. Dock är det ett återkommande problem i forskningslitteraturen inom detta område att det ofta antas att vissa beteenden är riskfyllda och att det görs studier kring beteenden utan att inkludera en utvärdering av eventuella konsekvenser (31). Detta innebär att vissa beteenden klassificerats som riskbeteenden även om de inte nödvändigtvis leder till en ökad risk för negativa konsekvenser. Urvalen av deltagare som ingår i översikterna kopplade till sexuell ohälsa är ofta en blandning av tonåringar, unga vuxna och vuxna. Notera att en del av de riskbeteenden som ingår i översikterna är tydligare kopplade till tonåringar och unga vuxna som till exempel sexdebut och oplanerad graviditet (ofta tonårsgraviditeter).

### **Sexuell våldsutsatthet som barn**

Tidigare forskning visar generellt på en sämre sexuell hälsa inklusive mer sexuell dysfunktion hos personer som har varit utsatta under barndomen (10, 32). Resultaten från meta-översikterna visade på signifikanta associationer mellan att ha varit utsatt under barndomen och följande sexuella riskbeteende: tidig sexdebut, fler sexpartners samtidigt, oskyddade samlag, oplanerade graviditeter och sexuell promiskuitet (10, 11). Resultaten visar också på signifikanta samband till att använda sex mot ersättning i studier med kvinnliga deltagare samt oskyddade anala samlag och högre risk för HIV hos män som har sex med män. Studier med kvinnor visar även på signifikanta samband till gynekologiska besvär och kronisk bäckenbottensmärta. Det finns också en förhöjd risk att bli utsatt för sexuellt våld fler gånger i livet samt att utsätta någon annan för sexuellt våld. I meta-översikterna var den upprepade sexuella våldsutsattheten endast från studier med kvinnor.

Endast tre utfall kopplade till sexuell hälsa ingick i den systematiska översikten som graderat evidensläget och alla graderades som nivå ett av max fem utifrån hur starkt sambandet var mellan utfallen och att ha varit utsatt under barndomen (15). Personer som varit utsatta hade en högre risk

för att testa positivt för sexuellt överförbara sjukdomar och HIV/AIDS. Granskade studier med kvinnor uppvisade även ett signifikant samband till abort och/eller missfall.

I en sammanställning av resultat från 82 studier om sexuella riskbeteenden hos vuxna som varit utsatta under barndomen fanns det signifikanta samband till följande: tidig sexdebut, fler antal sexpartners, fler sexpartners samtidigt, substansanvändning i samband med sex, testat positivt för sexuellt överförbara sjukdomar inklusive HIV, inkonsekvent kondomanvändning och/eller oskyddade samlag, tvångsmässiga sexuella beteenden och sex mot ersättning (31). Resultaten varierade delvis baserat på sammansättningen av deltagare i de granskade studierna vilket författarna ibland delade in i män och kvinnor och ibland heterosexuella män, heterosexuella kvinnor, män som har sex med män och blandade urval (en kombination av män och kvinnor). Enligt författarna var kopplingen till tidigare sexdebut mer stabil/konsekvent för män medan associationen till sex mot ersättning var mer stabil/konsekvent för kvinnor och män som har sex med män. Associationen till antal sexpartners var mer stabil för heterosexuella män medan resultaten var mer blandade för heterosexuella kvinnor och män som har sex med män. Associationen till inkonsekvent kondomanvändning och/eller oskyddade samlag var tydligast för män som har sex med män men mer blandade för heterosexuella kvinnor och män. Författarna drog slutsatsen att resultaten generellt varit blandade för kopplingen mellan sexuell våldsutsatthet och högre risk för att ha testat positivt för sexuellt överförbara sjukdomar inklusive HIV då vissa studier visar på signifikanta samband medan andra inte gör det.

En annan systematisk översikt fokuserade på sexuell (dys)funktion och (o)hälsa hos män och kvinnor som varit utsatta under barndomen (33). Författarna sammanställde resultaten från 18 studier utifrån fem teman: sexuell (dys)funktion, sexuell tillfredsställelse, sexrelaterade kognitioner, sexrelaterade beteenden (exkluderade riskbeteenden) och sexrelaterade affekter. Generellt visade resultaten på en blandad bild där vissa studier uppvisade signifikanta samband mellan utsatthet och negativa sexuella konsekvenser som vuxen medan andra inte gjorde det. Inom det första

temat, sexuell (dys)funktion, ingick studier kopplade till sexuellt responsmönster (lust, upphetsning, orgasm). Dessa studier visade att kvinnor som varit utsatta under barndomen hade generellt en sämre sexuell funktion som vuxen. Dock uppvisade inte alla studier på detta samband. Det fanns för få studier med män för att kunna dra en slutsats om utsatthet under barndomen och sexuell funktion som vuxen. Ännu färre studier ingick i de andra teman. Granskade studier om sexuell tillfredställelse visade på att det finns viss evidens som tyder på att kvinnor som varit utsatta under tonåren samt kvinnor som varit utsatta under barndomen och uppfyller kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom skattar lägre på sexuell tillfredställelse. På samma sätt finns det viss evidens att utsatthet under barndomen är associerat med lägre sexuell självförtroende (förmåga att kontrollera sin sexualitet eller sexuella tankar, känslor och interaktioner) och mer sexuell hämning. Det finns också viss evidens som tyder på associationer mellan utsatthet och tvångsmässiga sexuella beteenden samt undvikande av sexuella situationer/relationer. På samma vis fanns det viss evidens för ett samband mellan sexuell våldsutsatthet och förhöjd ångest och skam kopplat till sexuella situationer/relationer. Generellt var det relativt få studier som uppfyllde kriterierna för översikten och författarna identifierade flera metodologiska begränsningar. Till exempel inkluderade flera studier deltagare med komorbiditet eller samsjuklighet vilket begränsar förmågan att särskilja mellan effekterna av sexuell våldsutsatthet under barndomen och hälsoproblem, som skulle kunna vara, men inte nödvändigtvis är, kopplade till utsattheten. De observerade också partiskhet kopplat till könsnormer då forskare i de granskade studierna tenderade att fokusera på internaliserade symtom (sexuellt undvikande, ångest) i studier med kvinnor och externaliserande symtom (substansanvändning, tvångsmässiga sexuella beteenden) i studier med män.

Ytterligare en översikt inriktade sig specifikt på män och rapporterade generellt en förhöjd risk för sexuella funktionsnedsättningar hos de som varit utsatta under barndomen (32). Resultaten visade på en förhöjd risk för prematur ejakulation, erektil dysfunktion och nedsatt lust hos män som varit utsatta jämfört med de som inte varit utsatta. Dock var inte

sambanden signifikanta i alla studier. Författarna påpekade också att det finns forskning som visat på att kvinnor som varit utsatta under barndomen generellt har sämre sexuell funktion än män som varit utsatta.

Sammanställning av studier om utsatthet under barndomen och tvångsmässiga sexuella beteenden hos vuxna män och kvinnor visade också på signifikanta samband (34). Även här var dock resultaten blandade då inte alla studier visade på signifikanta samband.

Två översikter har fokuserat på vuxna kvinnor som varit utsatta under barndomen och deras hälsa under graviditet och förlossning (35, 36). Resultat visar generellt på mer fysiska och gynekologiska besvär samt mer frekventa vårdbesök och sjukhusvistelser i samband med graviditet för kvinnor som varit utsatta. De har generellt fler riskfaktorer och komplikationer under graviditet och förlossning inklusive oftare överviktiga och mer psykiska besvär under graviditeten och postpartumperioden. En del av de granskade studierna noterade mer stress, oro, ångest och depression under graviditet och förlossning hos kvinnor som varit utsatta samt en ökad risk för våld i nära relation under graviditeten. Däremot har resultat varit mer varierade och otydliga för kopplingen till förlossningskomplikationer, prematura födselar och födelsevikt och icke-signifikanta samband har uppvisats till högt blodtryck, akut kejsarsnitt och användning av förlossningshjälpmedel som till exempel sugklockor. Resultat från översikterna visar också att flera upplevelser kopplat till graviditet och postpartumperioden, som till exempel gynekologiska undersökningar, förlossningen och amning, kan trigga minnen av sexuell våldsutsatthet. Vissa kvinnor kan även bli överdrivet vaksamma (hypervigilanta) på sina kroppar och somatiska upplevelser medan andra kan bli mer frånvarande, dissociativa eller avstängda från sina kroppar och inre upplevelser. På grund av att vissa blir triggade av sina minnen kan de också bli mer undvikande av inre och yttre faktorer som påminner dem om den sexuella våldsutsattheten.

Slutligen inriktade sig en översikt specifikt på att sammanställa forskning om hur graviditet och förlossning kan trigga kvinnors minnen av sexuell

våldsutsatthet (37). Åtta av 15 studier som ingick i översikten fokuserade på kvinnor som varit utsatta under barndomen medan de andra hade rekryterat kvinnor som varit utsatta någon gång i livet. Resultaten visade att kvinnorna blev triggade av positionen av deras kroppar under förlossningen, intima undersökningar av deras kroppar (till exempel vaginala undersökningar), upplevelser av förlust av kontroll samt vårdpersonals ibland bristande förmåga att kommunicera tydligt samt vara inlyssnande.

### **Sexuell våldsutsatthet som vuxen**

Endast en systematisk översikt (som är en meta-översikt) har summerat forskningen om vuxnas sexuella ohälsa kopplat till att ha varit utsatts för sexuellt våld som vuxna (12). Resultaten visar att tio till 60 procent av de som varit utsatta har någon form av sexuell funktionsnedsättning vilket inkluderade generell sexuell dysfunktion samt minskad sexuell lust, njutning och tillfredställelse. Studier visar också att sexuellt våldsutsatta har en tendens att antingen ha mer sex eller vara mer undvikande av sex och relationer jämfört med vuxna som inte varit utsatta. Dessutom visade resultaten på en ökad risk för att bli utsatt för sexuellt våld mer än en gång samt en ökad risk för att bli utsatt för våld i nära relationer. Signifikanta samband uppvisades även till följande sexuella riskbeteenden: inkonsekvent kondomanvändning, substansanvändning i samband med sex, fler sexpartners generellt och fler partners samtidigt, oftare tillfälliga partners och mer erfarenhet av sex mot ersättning.

### **Sexuell våldsutsatthet någon gång i livet**

En översikt visade på ett signifikant samband mellan sexuell våldsutsatthet någon gång i livet och symtom/besvär med nedre urinvägarna som vuxen (38). Författarna granskade 18 studier varav tre inkluderade män.

### **Slutsatser om hälsan hos våldsutsatta**

Studier om hälsan hos vuxna som varit utsatta för sexuellt våld visar att de som varit utsatta generellt har en sämre hälsa och livskvalitet samt lägre funktion än de som inte varit utsatta. Resultaten tyder på en bred påverkan

på olika aspekter av den fysiska, psykiska och/eller sexuella hälsan. Forskare har noterat att sexuell våldsutsatthet kanske bäst kan förstås som en generell och ospecifik riskfaktor för att utveckla olika psykologiska symtom och svårigheter, som i sin tur kan leda till flera andra problem med hälsan, inklusive den psykiska, fysiska och sexuella hälsan (10, 26). Det kan också vara hjälpsamt att conceptualisera sexuell våldsutsatthet som ett potentiellt trauma som kan leda till ett brett spektrum av trauma-relaterade symtom och svårigheter (sequelae of sexual violence/abuse i den engelskspråkiga litteraturen; 39). Slutsatserna om hälsan hos vuxna som varit utsatta för sexuellt våld bör förstås i kontexten av metodval som gjorts för denna genomgång samt i de granskade studierna som ingår i översikterna. De flesta studier har gjorts med vuxna som varit utsatta under barndomen och många av översikterna fokuserade på den psykiska hälsan hos våldsutsatta. Det finns också stor variation i de granskade studierna utifrån hur man definierar sexuellt våld och hur väl man kontrollerar för faktorer som kan påverka sambandet mellan sexuell våldsutsatthet och vuxnas hälsa.

## **Bemötande och behandling**

Denna del av genomgången av tidigare forskning fokuserar på bemötande och behandling av vuxna som varit utsatta för sexuellt våld. Kunskapen inriktar sig på bemötande och behandling i icke-akuta skeenden och exkluderar därför forskning om akuta/tidiga interventioner samt prevention.

### **Bemötande**

En viktig del av bemötandet är att skapa bra förutsättningar för att fråga patienter om deras erfarenheter med sexuellt våld. Även om denna genomgång fokuserar på att bemöta och behandla vuxna som varit utsatta för sexuellt våld är bra praxis att fråga patienter om alla våldserfarenheter inklusive både utsatthet och att utsätta andra (40). Detta bör göras i enrum och bör ingå i arbetsplatsrutiner. Det finns många bra exempel på hur man kan ställa frågor om våldserfarenheter som till exempel material framtaget

av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (40) samt olika regioners riktlinjer för våld i nära relationer.

Det är viktigt att komma ihåg att bara för att någon har varit utsatt för våld, inklusive sexuellt våld, innebär inte att deras nuvarande problematik är kopplat till våldsutsattheten. Människor är generellt resilienta och tidigare studier visar att de flesta återhämtar sig efter svåra upplevelser inklusive traumatiska upplevelser som kan inbegripa sexuellt våld (41). Resiliens definieras ofta antingen som förmågor/styrkor och/eller som frånvaro av ohälsa efter att man har varit med om svåra och/eller traumatiska upplevelser (42,43). Faktorer som tenderar att vara associerade med högre resiliens inkluderar bra socialt stöd, stabil hemmasituation, högre socioekonomiskt status, högre utbildning, mer adaptiva copingstrategier och förmåga att skapa mening av svåra upplevelser (istället för att till exempel lägga skulden på sig själv eller bedöma att det är något fel på en själv) (42,43). Resultat från forskning om resiliens tyder på att personer som nyligen blivit utsatta för sexuellt våld behöver tid och rätt förutsättningar för att återhämta sig från upplevelsen. Professionella kan bidra med psykoedukation om sexuellt våld och hur det kan påverka ens hälsa och funktion samt information om resiliens och faktorer som kan hjälpa en person att återhämta sig. Här ingår bra socialt stöd och återgång till vardagsrutiner och aktiviteter som personen mår bra av samt adaptiva sätt att förhålla sig till våldserfarenheten (41).

Ett sätt att konceptualisera sexuell våldsutsatthet är från ett traumaperspektiv och i så fall kan man tänka att sexuellt våld är ett potentiellt trauma som kan leda till trauma-relaterade symtom och svårigheter. Ett viktigt perspektiv i bemötandet av potentiellt traumatiserade personer är att utgå från det som kallas traumamedveten omsorg (trauma-informed care i den engelskspråkiga litteraturen). Detta handlar om att en hel organisation/system ska ha förståelse för vad trauma är, hur det påverkar människor och hur man kan jobba enligt de principer som ingår i modellen samt minska risken för att återtraumatisera någon (44). Principerna inkluderar säkerhet/trygghet, tillit och transparens, samarbete och ömsesidighet, egenmakt och valmöjlighet, kamratstöd samt

medvetenhet om och en ödmjukhet inför att bemöta en mångfald av patienter med olika bakgrunder och behov. Flera studier har utvärderat hur man bäst implementerar modellen och förhållningssättet kopplat till traumamedveten omsorg i olika vårdmiljöer och inkluderar faktorer som ledningsgruppens engagemang och prioritering av arbetet, tillgång till rätt resurser och att modellen inkluderas i arbetsplatsrutiner (45).

## **Behandling**

Nedan sammanfattas resultaten från systematiska översikter om behandlingsutfall för vuxna som varit utsatta för sexuellt våld. Avsikten var att identifiera översikter som sammanfattar resultat från insatser som syftar till att behandla aspekter av fysisk, psykisk och/eller sexuell (o)hälsa hos vuxna som varit utsatta. Dock handlade majoriteten av studierna om psykisk ohälsa och ingen fokuserade på fysisk ohälsa. Som innan delas resultaten upp efter när den sexuella utsattheten skedde: som barn, vuxen eller någon gång i livet. Som nämnt ovan kan sexuellt våld klassificeras som ett potentiellt trauma och kan därför leda till trauma-relaterade symtom och svårigheter inklusive posttraumatiskt stressyndrom. Vuxna som varit utsatta för sexuellt våld och uppfyller kriterierna för posttraumatiskt syndrom bör erbjudas behandlingar enligt nationella (46) och internationella riktlinjer (47).

Eftersom de flesta studier fokuserat på att behandla psykisk ohälsa är också de flesta behandlingsmodellerna någon form av psykologisk eller psykosocial insats. En del av namnen för dessa behandlingar har en etablerad svensk benämning medan andra inte har det och därför benämns på engelska. Det finns stor variation mellan de olika översikterna utifrån vilka behandlingsmodeller och format som ingår samt syftet. Ibland är syftet att utvärdera en specifik behandlingsmodell (mindfulness) eller behandlingsformat (gruppterapi) och ibland är syftet att utvärdera behandlingsinsatser för en specifik problematik (posttraumatiskt stressyndrom) och/eller för en specifik grupp (kvinnor som varit utsatta för sexuellt våld). Det finns flera metodologiska skillnader mellan översikterna som påverkar resultaten. Till exempel varierar behandlingsdosen, det vill

säga antal och längd på sessioner mellan granskade studier samt om översikterna enbart fokuserat på randomiserade kontrollstudier eller om de haft ett bredare fokus (till exempel inkluderat studier med för- och eftermätningar utan kontrollgrupp). Det finns också stor variation i typen av kontrollgrupper som ingår i olika studier. På grund av denna variation mellan översikterna och de granskade studierna i översikterna inkluderas vissa relevanta metodologiska detaljer när resultaten beskrivs nedan.

### **Sexuell våldsutsatthet som barn**

Inledningsvis sammanfattade en översikt resultat från 44 interventionsstudier där det ingick 59 olika behandlingsinsatser designade att genom kontakt med utbildad personal på olika sätt minska psykiskt lidande och/eller öka funktionsnivån hos vuxna som varit utsatta under barndomen (48). Det ingick flera olika behandlingsmodeller (till exempel kognitiv-beteendeterapi, eye movement desensitization and reprocessing-terapi, emotionsfokuserad terapi och psykodynamisk terapi) och format (individuellt, par och grupp) i översikten och de flesta granskade studierna jämförde resultaten från specifik behandlingsinsats med en kontrollgrupp. Majoriteten av de granskade studierna bestod av kvinnliga deltagare, men en studie bestod av enbart män och ytterligare sex studier inkluderade män. Resultaten visade på signifikanta förbättringar kopplat till flera utfall med störst effekt på internaliserande symtom (till exempel ångest och depression) och posttraumatisk stressymtom/syndrom följt av medelstor effekt på externaliserande symtom (till exempel ilska), självbild/känsla och generell funktionsnivå och minst effekt på interpersonell funktion. Resultaten visade också att många av utfallen bibehölls och i vissa fall förbättrades ytterligare under uppföljningsperioden efter avslutad behandling (i vissa fall uppemot ett år efter avslutad behandling). För behandlingsmodeller som riktade sig mot att behandla posttraumatisk stressymtom/syndrom var effekterna generellt större för individuella behandlingar jämfört med gruppbehandlingar samt för behandlingsinsatser som inkluderade hemuppgifter. Kognitiv beteendeterapi hade störst effekt på internaliserande symtom jämfört med andra behandlingsmodeller

(kategoriserade som insiktorienterad terapier, eklektiska modeller och övriga modeller).

Liknande resultat har uppvisats från en annan översikt med sju studier som fokuserat på behandlingsutfall för kvinnor som varit utsatta under barndomen (49). Behandlingsmodellerna inkluderade kognitiv beteendeterapi, dialektisk beteendeterapi, interpersonell psykoterapi samt två gruppterapier med komponenter både från kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi. Alla behandlingsmodeller visade på signifikanta förbättringar gällande posttraumatisk stress, depression och/eller ångest. Det fanns även evidens för förbättrad funktionsnivå. Det var dock stor variation i antal sessioner som ingick i behandlingsinsatserna och enbart fyra av studierna som ingick i översikten inkluderade en kontrollgrupp.

Tre andra översikter inriktade sig på en mer avgränsad behandlingsmodell eller format. Den första fokuserade på behandlingsutfall från nio studier baserade på mindfulness och/eller compassionfokuserade terapimodeller och visade på viss evidens för att dessa modeller kan vara hjälpsamma för vuxna som varit utsatta under barndomen (50). Resultaten uppvisade signifikanta förändringar gällande skamkänslor, depression, självkritiska tankar, självmedkänsla och/eller posttraumatiskt stressyndrom. Det fanns även evidens för att vissa av dessa utfall kan bibehållas under en period efter avslutad behandling. Dock poängterade författarna att det är för få studier inom området med för mycket variation för att kunna dra tydliga slutsatser om effekterna av dessa behandlingsmodeller för vuxna som varit utsatta som barn. Den andra översikten sammanfattade resultat från behandlingsinsatser riktade mot vuxna som sökte hjälp för sexuella problem associerade med sexuell våldsutsatthet från barndomen (51). Författaren identifierade enbart sex artiklar varav endast två var utvärderingar av behandlingsinsatser. De andra artiklarna var teoretiska. Insatserna som utvärderats var en mindfulnessbaserad modell och en modell som använde expressivt skrivande som behandlingsmetod. Resultat från mindfulnessmodellen jämfördes med utfall från en kognitiv beteendeterapimodell och visade till viss del bättre utfall kopplat till sexuell upphetsning för mindfulnessmodellen. I modellen med expressivt

skrivande jämfördes utfallen mellan deltagare som skrev om hur den sexuella våldserfarenheten påverkat dem psykiskt med deltagare som skrev om hur det påverkade dem sexuellt. Båda versionerna av expressivt skrivande hade en signifikant påverkan på den sexuella funktionen med viss evidens för bättre utfall i gruppen som skrev om hur våldserfarenheten påverkat dem sexuellt. Den tredje översikten sammanfattade resultat från gruppbehandlingar för kvinnor som varit utsatta under barndomen (52). Det fanns viss evidens att gruppbehandling kan vara hjälpsamt för denna målgrupp, men det var stor variation i behandlingsmodeller och forskningsmetodologi vilket försvårar möjligheten att dra slutsatser. Sju av 13 studier hade en kontrollgrupp och visade på signifikanta förändringar gällande depression, självkänsla, posttraumatiskt stressyndrom, dissociation, ångest och/eller övergripande funktionsnivå. Tre studier visade att behandlingseffekterna bibehölls under uppföljningsperioden som var uppemot sex månader efter avslutad behandling. Alla utfall var dock inte signifikanta och resultaten varierade mellan studier.

Ytterligare två översikter har sammanfattat resultat från kvalitativa studier som handlade om vuxna som varit utsatta under barndomen och deras erfarenheter med samtalsterapi. Den ena fokuserade enbart på erfarenhet med individuell terapi (53) medan den andra inkluderade fler terapiformat (54). Den förstnämnda sammanfattade resultat från tolv studier medan den andra inkluderade 23 studier. Sex studier var med i båda översikterna. På grund av denna överlappning av artiklar samt liknelser i resultaten sammanfattas båda dessa översikter i denna del av genomgången trots att den ena översikten inkluderade studier med personer som varit utsatta som vuxna (53). Mestadelen av studierna (nio av tolv) fokuserade dock på vuxna som varit utsatta som barn. Två studier fokuserade på vuxna som varit utsatta som barn eller vuxna och endast en studie fokuserade på vuxna som varit utsatta som vuxna.

Båda översikterna sammanfattades resultaten utifrån fyra teman. I den större översikten, med fler antal artiklar och ett bredare fokus, indikerade första temat att tilliten som utvecklades i relation till terapeuten kunde skapa förutsättningar för deltagarna att ha tillit till sig själv och andra (54).

Det lyftes bland annat vikten av att skapa förutsättningar för delaktighet, egenmakt, kontroll och valmöjlighet samt att skapa en trygg situation för att berätta om sin våldsutsatthet. Det andra temat handlade om att utveckla sin självbild och inkluderade förändringar av sin självbild i relation till våldsutsattheten under terapiprocessen. Det tredje temat handlade om svårigheter som kan dyka upp under behandlingens gång som till exempel att terapiprocessen kunde upplevas som utmanande och påfrestande och att den kunde väcka sorg över förluster, till exempel insikt om en förlorad barndom. Det fjärde och sista temat handlade om hur terapi och kontakten med andra via gruppbehandlingar kunde vara stärkande och läkande men att det fanns variation i svaren. Vissa tyckte till exempel att det var hjälpsamt att höra andras berättelser om våldsutsatthet medan andra inte tyckte det. Första temat i den andra översikten, som fokuserade på erfarenheter med individuell samtalsterapi, handlade om vikten av klientens valmöjlighet och självbestämmanderätt inklusive en frihet att välja vad man önskar prata om och när (53). Det andra temat handlade om hur terapiprocessen kan vara komplex och emotionellt utmanande, att det kan behövas tillit mellan klient och terapeut samt en förståelse hos den professionella kring hur strukturella hinder kan påverka terapiprocessen. Tredje temat handlade om den terapeutiska alliansen samt terapeutens kunskap om sexuellt våld. Till exempel var det viktigt med delaktighet och tydliga gränser i terapin samt att bli lyssnad på och betrodd. Fjärde och sista temat handlade om hur terapi kan förändra/förbättra svårigheter kopplade till sexuell våldsutsatthet samt utmaningar med att avsluta en terapikontakt.

Slutligen sammanfattade en översikt resultat från kvalitativa studier med vuxna som varit utsatta under barndomen och deras terapierfarenheter med fokus på konstterapi (55). Resultat från 16 studier sammanfattades utifrån teman identifierade i relation till två övergripande frågor: vad som upplevs som terapeutiskt med de konstnärliga aspekterna av en behandling och hur en sådan behandling kan förändra/förbättra ens svårigheter kopplade till den sexuella våldsutsattheten. Resultaten är en blandning av deltagarnas perspektiv och behandlarnas. Det som bedömdes som terapeutiskt med de konstnärliga aktiviteterna var att det var ett tryggt sätt

att både kunna få distans till samt en möjlighet att närma sig tidigare våldsupplevelser, ett icke-verbalt sätt att kommunicera om sina våldsupplevelser, en möjlighet till utforskande och förverkligande av sig själv samt ett sätt att dela sina upplevelser med andra som varit utsatta. Hur dessa behandlingar kan förändra/förbättra svårigheter kopplade till den sexuella våldsutsattheten var tematiserat som ett möjligt sätt att reglera stress och ångestreaktioner, externalisera ens upplevelser, utforska nya perspektiv och få nya insikter, hitta sig själv, bli mer självsäker och höja sitt egenvärde samt ett sätt att se nya möjligheter.

### **Sexuell våldsutsatthet som vuxen**

En systematisk översikt sammanfattade resultat från 42 interventionsstudier för att bidra till rekommendationer för evidensbaserade behandlingsinsatser för tonåringar och vuxna som varit utsatta för sexuellt våld någon gång efter 14 års ålder (56). Sex av de granskade studierna fokuserade enbart på tonåringar och ingår inte i denna genomgång utan sammanfattningen nedan är baserad på resultat från studier med vuxna som varit sexuellt våldsutsatta någon gång efter 14 års ålder där vissa studier även inkluderar tonåringar. Majoriteten av de granskade studierna fokuserade på kvinnor. Författarna delade upp resultaten och rekommendationerna i tre olika interventionsgrupper: psykoterapier, kompletterande och integrerade hälsoterapier samt medicinering. De kombinerade resultaten från sin systematiska översikt med publicerade riktlinjer för att behandla posttraumatiskt stressyndrom utifrån argumentet att sexuellt våld ofta leder till denna problematik. Rekommendationerna nedan inkluderar alltså interventioner för att behandla posttraumatiskt stressyndrom men inkluderar även andra behandlingsutfall hos personer som varit utsatta för sexuellt våld. Rekommendationerna är på tre olika nivåer graderade av författarna utifrån evidensläget. Det var generellt stor variation i hur lång tid som gått från att deltagare i olika granskade studier varit utsatta för det sexuella våldet tills när de olika interventionerna implementerades, som tidigast 24 timmar i vissa studier till årtal i andra studier. För interventioner som rekommenderas i första (strongly recommend) eller andra hand

(recommend) fanns det åtminstone en studie som visat på signifikanta resultat med deltagare som varit utsatta för sexuellt våld efter 14 års ålder. På den tredje nivån (recommend with limitation) skiljer det sig något mellan de olika interventionsgrupperna. För psykoterapier ingår interventioner som antingen visat på signifikanta resultat med sexuellt våldsutsatta eller med personer som uppfyller kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom. För kompletterande och integrerade hälsoterapier innebär den tredje nivån att det finns viss evidens för dessa kompletterande interventioner med deltagare som varit utsatta för sexuellt våld, men att evidensen är begränsade och att inga av dem ingår i riktlinjerna för att behandla posttraumatiskt stressyndrom. Författarna identifierade enbart tre studier som fokuserade på medicinering för personer som varit utsatta för sexuellt våld efter 14 års ålder. Eftersom antal studier var begränsade och hade olika fokus (en studie med antidepressiva, en med atypiska antipsykotiska och en med stämningsstabiliserande läkemedel) utgick författarnas rekommendationer av läkemedel från riktlinjerna för att behandla posttraumatiskt stressyndrom. Enligt dessa riktlinjer ska psykoterapi erbjudas i första hand (46, 47).

Nedan del fokuserar på rekommendationerna för psykoterapier och kompletterande och integrerade hälsoterapier med personer som varit utsatta för sexuellt våld efter 14 års ålder enligt författarnas sammanställning av resultat från interventionsstudier.

Bland psykoterapier rekommenderades i första hand: kognitiv beteendeterapi med eller utan traumafokus, cognitive processing therapy, prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing - terapi och present-centered therapy (56). I andra hand rekommenderades: kognitiv terapi, narrative exposure therapy, psykodynamisk terapi med brief eclectic psychotherapy samt stödjande insatser. I tredje hand rekommenderades: korttids kognitiv beteendeterapi, brief eclectic psychotherapy, interpersonell psykoterapi och Seeking Safety. Psykoterapimodeller som inte uppfyllde kriterierna för att bli rekommenderade var: acceptance and commitment therapy, control

mastery psychotherapy, dialektisk beteendeterapi, emotional disclosure therapy, kognitiv beteendeterapi med exponering och responsprevention, feministisk terapi, hypnoterapi, imagery rehearsal therapy och STAIR narrativ terapi. Bland kompletterande och integrerade hälsoterapier rekommenderades i första hand: fysisk träning, meditation och traumaanpassad yoga. I andra hand rekommenderades hästunderstödd terapi och i tredje hand olika typer av kreativa terapiformer (konst, drama och musikterapi).

Ytterligare en översikt sammanfattade interventionsstudier för personer som varit utsatta för sexuellt våld som tonåring och/eller vuxen (57). Även om författarna hade intentionen att inkludera män ingick enbart tjejer/kvinnor i de 32 studier som identifierades för översikten. Resultaten visade på signifikanta behandlingsutfall från följande insatser: prolonged exposure, cognitive processing therapy, stress inoculation training, eye movement desensitization and reprocessing-terapi och stödjande insatser. Endast en av de identifierade studierna utvärderade medicinering (antidepressiv) för personer som varit sexuellt våldsutsatta och visade på viss evidens men saknade kontrollgrupp och inkluderade enbart fem deltagare.

### **Sexuell våldsutsatthet någon gång i livet**

Inledningsvis sammanfattade en systematisk översikt resultat från nio studier med kvinnor som varit utsatta någon gång i sitt liv och uppvisade signifikanta utfall för följande behandlingsmodeller: prolonged exposure, cognitive processing therapy, stress inoculation training, eye movement desensitization and reprocessing-terapi, kognitiv terapi (cognitive restructuring and specific coping skills training), clinician-assisted emotional disclosure, progressiv muskelavslappning, assertion training och stödjande insatser (58).

Tre andra översikter sammanställde resultat för interventioner riktade mot att behandla posttraumatisk stresssymtom/syndrom hos kvinnor som varit utsatta någon gång i livet. Den första inkluderade 15 studier och 25 behandlingsinsatser varav de flesta var någon form av individuell kognitiv

beteendeterapi (59). Behandlingseffekterna var signifikanta och effektstorleken var stor. Dessutom bibehölls effekterna under uppföljningsperioden, som mest upp till ett år efter avslutad behandling. Den andra översikten inkluderade nio studier och den vanligaste typen av behandling var någon form av kognitiv beteendeterapi men översikten inkluderade även interpersonell terapi samt olika behandlingsformat (individuellt och gruppterapi samt digitalterapi) (60). Behandlingarna hade en positiv och signifikant effekt på posttraumatisk stress, depression och ångest. Effektstorleken var medelstor för posttraumatisk stress och depression medan den var liten för ångest. Effekterna bibehölls som längst uppemot ett år efter avslutad behandling och förbättrades under denna tid för posttraumatisk stress (medelstor effekt efter ett år) och depression (liten effekt efter tre månader). Den tredje översikten fokuserade specifikt på hur interventioner för posttraumatiskt stressyndrom kopplat till sexuell våldsutsatthet påverkade kvinnors sexuella hälsa (61). Endast fyra studier uppfyllde kriterierna för översikten och resultaten var begränsade. Det fanns viss evidens att den sexuella hälsan kunde förbättras under behandlingens gång men ingen signifikant förändring i jämförelse med kontrollgrupp. Inga av skalorna som ingick i studierna var tidigare validerade för att mäta sexuell funktionsnedsättning enligt diagnoskriterier och därför begränsade i förmågan att mäta sexuell (o)hälsa.

Resterande översikter i denna del av resultaten fokuserade på en mer avgränsad behandlingsmodell eller format för vuxna som varit utsatta någon gång i livet. En handlade om massageterapi, en om kropp-psyke interventioner, en om korttidsinterventioner och en om e-hälsa.

Den översikt som inriktade sig på utfall av massageterapi visade att massageterapi kan ha en positiv och signifikant effekt på vuxnas psykiska och/eller fysiska hälsa studier (62). Till exempel har studier visat på signifikanta förbättringar gällande depression, posttraumatisk stress, ångest, stress och dissociation samt kroppslig medvetenhet och fysiska besvär. Dock bestod översikten av endast elva studier med varierad metodologi och därmed en begränsad förmåga att dra slutsatser från de granskade studierna om eventuella effekter. Översikten som fokuserade på

kropp-psyke interventioner sammanfattade resultat från 13 kvalitativa studier med kvinnor som varit utsatta någon gång i sitt liv (63). De vanligaste interventionerna var någon form av yoga eller dans. Författarna summerade resultaten utifrån fem teman som handlade om att deltagarna upplevde att insatserna hjälpte dem att på olika sätt integrera kropp och psyke, öka självmedkänslan, stärka kopplingen till andra och andlighet samt uppleva positiva känslor som glädje och spontanitet. Dessa upplevelser skedde i en kontext med ledare som jobbade traumamedvetet.

I den systematiska översikten som utvärderade resultat från korttidsinterventioner för personer som varit utsatta för sexuellt våld inkluderades interventioner som var en till sex sessioner långa och implementerades inom öppenvården under max tre månaders tid (64). De vanligaste behandlingsmodellerna var någon form av kognitiv beteendeterapi eller eye movement desensitization and reprocessing-terapi. Tre av 18 studier fokuserade på tonåringar som varit utsatta medan de andra fokuserade på vuxna. Generellt visade resultaten att korttidsterapier kan signifikant påverka posttraumatisk stress, depression och ångest och att detta kan ske även för personer som nyligen blivit utsatta (senaste tre månaderna) samt vuxna som varit utsatta under barndomen. Ett delresultat från fyra studier visade också att korttidsterapier kan signifikant förbättra den sexuella funktionen.

Slutligen sammanfattade en översikt resultat från studier om e-hälsa för personer som varit utsatta för sexuellt våld (65). Av de 85 studier som ingick i översikten inriktade sig 29 specifikt på att utvärdera e-hälsa interventioner och uppvisade signifikanta och positiva resultat i en eller flera av utfallen inkluderade i studien (posttraumatiskt stressyndrom var det mest frekventa utfallet). Åtminstone en av studierna visade på likartat utfall från e-hälsa intervention och en intervention som utfördes i person. Som en del av författarnas bredare ansats identifierades för- och nackdelar med e-hälsa som till exempel att information kan vara lätt tillgänglig och man kan till viss mån förbli anonym, men också att inte alla har tillgång till rätt teknologi eller tillräckligt hög läsförmåga för att kunna ta till sig all information.

## **Slutsatser om behandling för sexuellt våldsutsatta**

Eftersom sexuell våldsutsatthet kan leda till flera olika hälsoproblem, inklusive en bred variation av psykiska, fysiska och/eller sexuella beteenden, symtom och syndrom, kan även flertalet olika behandlingsinsatser vara hjälpsamma. De flesta behandlingsinsatser som har utvärderats med våldsutsatta vuxna har varit psykologiska eller psykosociala insatser och resultaten tyder på att flera olika modeller och format kan vara behjälpliga för en rad olika symtom och syndrom. Några av de mest frekventa behandlingsmodellerna som ingick i översikterna var olika typer av kognitiv-beteendeterapi, eye movement desensitization and reprocessing-terapi, interpersonell psykoterapi och psykodynamisk terapi. Det mest frekventa formatet var individuell terapi och några av de mest frekventa utfallen av behandlingarna var ångest, depression och/eller posttraumatisk stress. Eftersom det kan vara hjälpsamt att konceptualisera sexuell våldsutsatthet som ett potentiellt trauma som kan leda till ett brett spektrum av trauma-relaterade symtom och svårigheter kan det också vara hjälpsamt att förhålla sig till den bredare forskningslitteraturen om behandlingsinsatser för trauma-relaterade problem. I sådan litteratur ingår både traumamedvetna (trauma-informed treatment i den engelskspråkiga litteraturen) och trauma-fokuserade behandlingsformer (66).

Slutsatserna om behandling för våldsutsatta bör förstås i kontexten av forskningsmetodologiska styrkor och svagheter. Generellt var det stor variation i de granskade studiernas forskningsdesign och metodval och flera skillnader existerade även mellan översikterna, som till exempel att författarna ibland kombinerade flera olika typer av studiedesign och ibland avgränsade till en specifik studiedesign (randomiserade kontrollstudier). De flesta studier som ingick i översikterna hade rekryterat kvinnliga deltagare och det är därför brist på studier med andra kön. Det är även en brist med studier som utvärderar insatser som kan förbättra den fysiska och/eller sexuella hälsan hos våldsutsatta vuxna.

## Kliniska implikationer

All personal som möter sexuellt våldsutsatta personer bör ha kunskap om vad sexuellt våld är, hur vanligt förekommande det är samt hur man bäst bemöter någon som har varit utsatt för sexuellt våld. Detta bör inkludera tydliga arbetsplatsrutiner kring att fråga alla patienter om deras våldserfarenheter och att arbeta enligt principerna fastställda i modellen traumamedveten omsorg. Det är också viktigt att ha en förståelse för bredden av potentiella hälsoproblem som tidigare forskning har associerat till sexuell våldsutsatthet, vilket inkluderar ett brett spektrum av psykiska, fysiska och/eller sexuella symtom och svårigheter. Samtidigt bör man förhålla sig till forskning som visar att människor generellt är resilienta och därför inte anta att sexuell våldsutsatthet leder till ohälsa eller att patienters nuvarande hälsoproblem är kopplade till våldsutsattheten. Om det däremot skulle vara så att en patients ohälsa är associerad till våldsutsatthet så finns det flera möjliga behandlingsinsatser som visat på goda effekter. Dessa är framför allt olika psykologiska och psykosociala insatser. Notera att även om inga av översikterna identifierade för denna genomgång fokuserade på tandhälsa hos våldsutsatta finns det studier som har visat på vikten av att personal inom tandvården har kunskap om hur sexuellt våld kan påverka hälsan och kontakten med vårdpersonal (67).

## Metodbeskrivning

Denna översikt av forskning sammanställer resultat från systematiska översikter som inkluderar en tydlig metod för sökprocessen, tydliga inklusions – och exklusionskriterier samt ett tydligt och avgränsat syfte som matchar sökkriterierna och framställning av resultat.

Tre olika sökningar med söktermerna i tabell 1 nedan användes i Web of Science databasen och resulterade i 3957 hits efter att dubletter uteslutits. Efter en screening av titlar och abstrakts minskade antalet till 405 potentiellt relevanta artiklar, varav en närmre genomgång ledde till att 122 kategoriserades som potentiellt relevanta kopplade till hälsokonsekvenser och 102 till bemötande/behandling.

Tabell 1

1	((TS=("sexual violence" OR "sexual assault" OR rape OR "sex* harassment" OR "Sexual Abuse" OR "sex* trafficking" OR "dating violence" OR "domestic abuse" OR "sexual exploitation" OR "forced sex" ) AND TS=(victim* OR survivor* OR revictimization)) AND TS=(review OR overview OR "meta synthesis" OR "scoping review" OR "mapping review" OR "systematic review" ))
2	(((TS=("sexual violence" OR "sexual assault" OR rape OR "sex* harassment" OR "Sexual Abuse" OR "sex* trafficking" OR "dating violence" OR "domestic abuse" OR "sexual exploitation" OR "forced sex" )) AND TS=(victim* OR survivor*)) AND TS((((health OR dysfunction OR trouble* OR pain OR discomfort OR anxiety ) AND (somatic OR physical OR bodily))) OR ((health OR dysfunction OR trouble* OR pain OR discomfort OR anxiety ) AND (psychologic* OR mental* OR emotional*))) OR ((health OR dysfunction OR trouble* OR pain OR discomfort OR anxiety ) AND (sexual* OR intimat* OR relation* OR intercours*)))) AND TS=(review OR overview OR "meta synthesis" OR "scoping review" OR "mapping review" OR "systematic review" )
3	(TS=((treatment OR care OR support OR aid OR backup) NEAR/5 ("sexual violence" OR "sexual assault" OR rape OR "sex* harassment" OR "Sexual Abuse" OR "sex *trafficking" OR "dating violence" OR "domestic abuse" OR "sexual exploitation" OR "forced sex" )) NOT TS=(emergency OR acute OR ER OR immediate)) AND TS=(review OR overview OR "meta synthesis" OR "scoping review" OR "mapping review" OR "systematic review" )

Denna genomgång inriktar sig på vuxna som varit utsatta för sexuellt våld. Översikter som haft ett generellt fokus på sexuell utsatthet har inkluderats i genomgången medan de som enbart inriktat sig på specifika typer av sexuellt våld har uteslutits (till exempel digitalt sexuellt våld, sexuellt våld i samband med berusning, människohandel i sexuellt syfte). Även om översikterna om sexuell våldsutsatthet mestadels fokuserade på ohälsa hos vuxna och behandlingsinsatser för vuxna är det inte alltid tydligt om alla studierna enbart inkluderar vuxna.

Resultaten från översikterna delas in utifrån när den sexuella utsattheten skedde: som barn, som vuxen eller någon gång i livet. Den sistnämnda kategorin är översikter som inkluderar studier med deltagare som varit utsatta som barn och/eller som vuxen där det inte går att särskilja mellan.

Avsikten var även att identifiera systematiska översikter som beskriver ohälsa och behandlingsalternativ för vuxna som varit utsatta för sexuellt våld både som barn och vuxna (revictimization i den engelskspråkiga litteraturen), men inga av de identifierade översikterna hade detta fokus. Det är dock viktigt att påpeka att det inte alltid är tydligt om översikter som fokuserar på vuxna som varit utsatta under barndomen inkluderat studier som enbart frågat om sexuell våldsutsatthet under barndomen eller om de också har frågat om man varit utsatt under andra perioder i livet. Det är därför svårt att avgöra om resultaten är specifikt kopplade till en utsatthet som barn eller om det kanske handlar om upprepade utsatthet.

En noggrannare genomgång av översikterna kopplade till hälsokonsekvenser identifierades tre systematiska meta-översikter, alltså systematiska översikter av publicerade översikter, inklusive systematiska översikter men inte enbart. Två av dessa fokuserade på (o)hälsa hos vuxna som varit utsatta som barn (14 respektive 25 översikter inkluderade, totalt ca 1100 studier; 10, 11) och en fokuserade på (o)hälsa hos vuxna som varit utsatta som vuxna (92 översikter, totalt ca 950 studier; 12). Alla tre översikterna inkluderade fysisk, psykisk och sexuell hälsa. Enbart systematiska översikter som kunde bidra till ytterligare information utöver vad som ingick i meta-översikterna inkluderades i denna genomgång. Totalt sammanställs resultat från sex systematiska översikter om fysisk (o)hälsa, 16 om psykisk (o)hälsa och tolv om sexuell (o)hälsa. Resultat presenteras i ordning av metodologisk rigiditet och börjar med meta-översikterna. Därefter följer andra systematiska översikter utifrån nivån av metodologisk rigiditet samt hur brett eller smalt fokus de har. Till exempel fokuserar en del studier enbart på ett hälsotillstånd eller kanske enbart på män eller kvinnor.

För resultaten kopplat till vuxnas hälsa efter att ha varit utsatta som barn är nästa nivå av metodologisk rigiditet, efter meta-översikterna, en systematisk översikt av 172 studier där evidensläget är graderat utifrån specifika kriterier och därför kan uppvisa graden av association mellan utsatthet och olika former av ohälsa (15). Av alla hälsotillstånd som det har forskats på i samband med sexuell våldsutsatthet under barndomen

uppfyllde 15 kriterierna för den systematiska översikten, varav nio fokuserade på psykisk ohälsa, tre på fysisk ohälsa och tre på sexuell ohälsa. Notera att översikten som graderat evidensläget inte enbart inkluderar vuxnas hälsotillstånd utan även barn och tonåringar. Dock inkluderade majoriteten av studierna i översikten vuxna (uppskattningsvis 167 av 172 studier) och ingår därför i denna genomgång.

Precis som för sammanfattningen om tidigare forskning om ohälsa kopplat till sexuell våldsutsatthet fokuserar även delen om behandlingsinsatser på resultat från systematiska översikter. Avsikten var att identifiera översikter som sammanfattar resultat från insatser som syftar att behandla aspekter av fysisk, psykisk och/eller sexuell (o)hälsa hos vuxna som varit utsatta för sexuellt våld. Totalt sammanställs resultat från 18 systematiska översikter varav 16 handlade om behandlingsinsatser för psykiska ohälsa. Resterande två översikter handlade om behandlingsinsatser för sexuell ohälsa och ingen fokuserade på fysisk ohälsa. Till skillnad från delen om ohälsa identifierades inga meta-översikter och det var en större utmaning att organisera resultaten utifrån metodologisk rigiditet. Avsikten var dock fortsatt att utgå från metodologisk rigiditet och/eller från översikter med bredare till smalare ansatser. Till exempel fokuserade en del översikter enbart på en viss behandlingsmodell (kognitiv beteendeterapi), behandlingsformat (gruppterapi), behandlingsutfall (posttraumatiskt stressyndrom) eller deltagare (kvinnor). Avsikten var också att begränsa överlappning mellan översikter och därför exkluderades översikter som baserades på studier som redan var representerade i andra översikter. Översikter med färre antal studier som inte bidrog till ny information uteslöts också.

Genomgången av forskningsartiklar som ingick i ovan litteratursökning identifierade också flera studier som skulle kunna klassificeras som studier om social (o)hälsa och täcker områden som visar på associationer mellan sexuell våldsutsatthet och olika sociala roller och sammanhang, som till exempel hur man fungerar i föräldrarollen och intima relationer. Det finns även studier som utvärderar insatser riktade mot att förbättra den sociala hälsan hos vuxna som varit utsatta för sexuellt våld, som till exempel

insatser för våldsutsatta föräldrar. Den sociala hälsan inkluderades inte i denna genomgång av forskning. Det finns också studier om ”positiva” aspekter av att ha varit utsatt för sexuellt våld som till exempel posttraumatisk utveckling och resiliens. Denna genomgång fokuserade ej på dessa utfall utan riktade sig mer mot ohälsa.

## Referenser

1. Fisher, B. S., & Cullen, F. T. (2000). Measuring the sexual victimization of women: Evolution, current controversies, and future research. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice. Retrieved from [https://www.ncjrs.gov/criminal\\_justice2000/vol\\_4/04g.pdf](https://www.ncjrs.gov/criminal_justice2000/vol_4/04g.pdf)
2. Cook SL, Gidycz CA, Koss MP, Murphy M. Emerging issues in the measurement of rape victimization. *Violence Against Women*. 2011; 17(2):201–18.
3. Dworkin ER, Krahe B, Zinzow H. The Global Prevalence of Sexual Assault: A Systematic Review of International Research Since 2010. *Psychology of Violence*. 2021; 11(5):497–508.
4. WHO. Global status report on violence prevention 2014. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/97892415647935>.
5. Xu Y, Zheng Y. Prevalence of childhood sexual abuse among lesbian, gay, and bisexual people: A meta-analysis. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2015; 24(3):315–31.
6. Rothman EF, Exner D, Baughman AL. The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*. 2011; 12(2):55–66.
7. Andersson T, Pettersson R, Jacobsson M. Women and men sexually violated by closely related perpetrators over a lifespan: Prevalence, revictimization, and association to adverse childhood conditions and experiences. *Children and youth services review*. 2020;113.
8. Löfström-Bredell M, Åkerman E, Sörensdotter R, Ström S, Källberg H, Klingberg-Allvin M. Sexual violence across gender identities and sexual orientations: a stratified, population-based, cross-sectional study among young people aged 16-29 years in Sweden. *BMC Public Health*. 2025;25(1).
9. Helldén E, Kamra Kregert, K, Molin, M, Wallin S, Wsterberg, S. Nationella trygghetsundersökningen: Om utsatthet, otrygghet och förtroende 2024. Brå Rapport 2024:8.

10. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*. 2009;29(7):647–57.
11. Nagtegaal MH, Boonmann C. Child sexual abuse and problems reported by survivors of CSA: A meta-review. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2022;31(2):147–76.
12. Stockman D, Haney L, Uzieblo K, Littleton H, Keygnaert I, Lemmens G, et al. An ecological approach to understanding the impact of sexual violence: A systematic meta-review. *Frontiers in Psychology*. 2023;14.
13. Fry D, Casey T, Florian L, McCluskey G, Fang X, Zheng X, et al. The relationships between violence in childhood and educational outcomes: A global systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*. 2018; 75:6–28.
14. Weber S, Jud A, Landolt MA. Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: A systematic review. *Quality of Life Research*. 2016;25(2):237–55.
15. Spencer CN, Khalil M, Herbert M, Aravkin AY, Arrieta A, Baeza MJ, et al. Health effects associated with exposure to intimate partner violence against women and childhood sexual abuse: a burden of proof study. *Nature Medicine*. 2023;
16. Amiri S, Mahmood N, Yusuf R, Ghenimi N, Javaid SF, Khan MAB. Adverse childhood experiences and risk of abnormal body mass index: A global systematic review and meta-analysis. *Children-Basel*. 2024;11(8):1015.
17. Reingle Gonzalez JM, Jetelina KK, Olague S, Wondrack JG. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. *Preventive Medicine*. 2018;114:168–79.
18. Gallo EAG, Munhoz TN, Loret de Mola C, Murray J. Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2018; 79:107–14.
19. Li D, Chu CM, Lai V. A developmental perspective on the relationship between child sexual abuse and depression: A systematic and meta-analytic review. *Child Abuse Review*. 2020; 29(1):27–47.
20. Prangnell A, Imtiaz S, Karamouzian M, Hayashi K. Childhood abuse as a risk factor for injection drug use: A systematic review of observational studies. *Drug and Alcohol Review*. 2020; 39(1):71–82.
21. Butt S, Chou S, Browne K. A rapid systematic review on the association between childhood physical and sexual abuse and illicit drug use among males. *Child Abuse Review*. 2011;20(1):6–38.

22. Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, Bohus M, Lyssenko L, Schmahl C. Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*. 2018;48(15):2467–76.
23. de Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML, Aguiar Melo MC. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*. 2018; 262:70–7.
24. Langevin R, Marshall C, Wallace A, Gagné M-E, Kingsland E, Temcheff C. Disentangling the associations between attention deficit hyperactivity disorder and child sexual abuse: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023;24(2):369–89.
25. Bochicchio L, Xu M, Veldhuis CB, McTavish C, Hughes TL. Mental health and substance use among sexual minority women who report childhood sexual abuse: A systematic literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024;16(Suppl 1):S163–80.
26. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017;56:65–81.
27. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010;85(7):618–29.
28. Ullman SE. Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2004;9(4):331–51.
29. Nicholas A, Krysinska K, King KE. A rapid review to determine the suicide risk and risk factors of men who are survivors of sexual assault. *Psychiatry Research*. 2022;317.
30. Shamblaw AL, Cardy RE, Prost E, Harkness KL. Abuse as a risk factor for prenatal depressive symptoms: A meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*. 2019;22(2):199–213.
31. Ménard AD, MacIntosh HB. Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Risk Behavior: A Review and Critique. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021;30(3):298–331.
32. Gewirtz-Meydan A, Opuda E. The impact of child sexual abuse on men's sexual function: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022;23(1):265–77.
33. Bigras N, Vaillancourt-Morel M-P, Nolin M-C, Bergeron S. Associations between Childhood Sexual Abuse and Sexual Well-being in Adulthood: A Systematic Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2021;30(3):332–52.

34. Slavin MN, Scoglio AAJ, Blycker GR, Potenza MN, Kraus SW. Child Sexual Abuse and Compulsive Sexual Behavior: A Systematic Literature Review. *Current Addiction Reports*. 2020;7(1):76–88.
35. Brunton R, Dryer R. Child Sexual Abuse and Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *Child Abuse & Neglect*. 2021;111.
36. Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;61(2):139–51.
37. Gordon J, Hunter A, Callanan F, Kiely C, Grealish A. An integrative review exploring womens' experiences of retraumatization within perinatal services. *Journal Of Midwifery & Womens Health*. 2024;
38. Selai C, Elmalem MS, Chartier-Kastler E, Sassoon N, Hewitt S, Rocha MF, et al. Systematic review exploring the relationship between sexual abuse and lower urinary tract symptoms. *International Urogynecology Journal*. 2022;
39. Rowland GE, Purcell JB, Lebois L, Kaufman ML, Harnett NG. Child sexual abuse versus adult sexual assault: A review of psychological and neurobiological sequelae. *Mental Health Science*. 2024;2(2).
40. Björk J, Örmon K. Validering av frågeformuläret FOV – Frågor om våld till vuxna. Västra Götalandsregionens kompetenscentrum för våld i nära relation. 2021
41. Dworkin ER. Natural recovery vs. PTSD. *International society for traumatic stress studies*. 2020
42. Marriott C, Hamilton GC, Harrop C. Factors promoting resilience following childhood sexual abuse: A structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review*. 2014;23(1):17–34.
43. Domhardt M, Münzer A, Fegert JM, Goldbeck L. Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*. 2015;16(4):476–93.
44. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma-informed approach and trauma-specific interventions. 2015. Retrieved from <http://www.samhsa.gov/nctic/traumainterventions>
45. Huo Y, Couzner L, Windsor T, Laver K, Dissanayaka NN, Cations M. Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: a systematic review. *Implementation Science Communications*. 2023;4(1):1–20.
46. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning. 2021

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/5e4ef79d53d34793b4119029c1253bff/2021-4-7339.pdf>

47. Hamblen JL, Norman SB, Schnurr PP, Sonis JH, Phelps AJ, Forbes D, et al. A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update. *Psychotherapy*. 2019;56(3):359–73.
48. Taylor JE, Harvey ST. A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(6):749–67.
49. Sousa-Gomes V, Abreu B, Moreira D, Del Campo A, Moreira DS, Fávero M. Psychological intervention and treatment programs for adult victims of child sexual abuse: A systematic review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024;16(Suppl 1):S274–84.
50. Westerman G, McCann E, Sparkes E. Evaluating the effectiveness of mindfulness and compassion-based programs on shame and associated psychological distress with potential issues of salience for adult survivors of childhood sexual abuse: A systematic review. *Mindfulness*. 2020;11(8):1827–47.
51. Gewirtz-Meydan A. Treating sexual dysfunctions among survivors of child sexual abuse: An overview of empirical research. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022;23(3):840–53.
52. Kessler MRH, White MB, Nelson BS. Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse and Neglect*. 2003;27(9):1045–61.
53. Dawood R, Vosper J, Gibson S, Irons C. How do people with a history of sexual abuse experience talking therapies for sexual trauma? A systematic review of qualitative findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2025;
54. Parry S, Simpson J. How do adult survivors of childhood sexual abuse experience formally delivered talking therapy? A systematic review. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2016;25(7):793–812.
55. Rouse A, Jenkinson E, Warner C. The use of “art” as a resource in recovery from the impact of sexual abuse in childhood: A qualitative systematic review. *Arts & Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*. 2023;15(1):86–109.
56. Miles LW, Valentine JL, Mabey LJ, Hopkins ES, Stodtmeister PJ, Rockwood RB, et al. A systematic review of evidence-based treatments for adolescent and adult sexual assault victims. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*. 2023;

57. Vickerman KA, Margolin G. Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2009;29(5):431–48.
58. Parcesepe AM, Martin SL, Pollock MD, García-Moreno C. The effectiveness of mental health interventions for adult female survivors of sexual assault: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2015;25:15–25.
59. Taylor JE, Harvey ST. Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. 2009;14(5):273–85.
60. Kim G-U, Kim M-Y. The effectiveness of psychological interventions for women traumatized by sexual abuse: A systematic review and meta-analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. 2020;41(5):385–94.
61. O’ Driscoll C, Flanagan E. Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2016;89(3):351–67.
62. Amilhau A, Ferrandez S, Soubelet A. Massage therapy for survivors of rape and sexual abuse: A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2024;8(2).
63. Nixon MA. Exploring women’s experiences of healing from sexual trauma through engagement in mind–body practices: A systematic review. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2024;24(3):884–96.
64. Burdeu R, Allchin B, Harding KE. Effectiveness of Brief Interventions for Sexual Assault Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence & Abuse*. 2025;
65. Hardeberg Bach M, Hansen M, Ahrens C, Olf M, Armour C, Krogh SS. EHealth for Sexual Assault: A Systematic Scoping Review. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2024;25(1):102–16.
66. Galovski TE, McLean CP, Davis CA, Wachen JS. Psychosocial treatments for adults with PTSD. In: Friedman MJ, Schnurr PP, Keane TM, editors. *Handbook of PTSD: Science and practice*, 3rd ed. New York, NY: Guilford Press; 2021, p. 330-359.
67. Wolf E, McCarthy E, Priebe G. Dental care - an emotional and physical challenge for the sexually abused. *European Journal of Oral Sciences*. 2020;128(4):317–24.