

Nr. 13 – 20. mai 2000
Tidsskr Nor Lægeforen
2000; 120:1518-22

Tidsskrift for Den norske legeforening



KLINIKK OG FORSKNING

Innskrevet i kroppen

A L Kirkengen

Samlet allmennpraktisk erfaring fra tallrike møter med seksuelt krenkede personer foranlediget denne studien av seksuelt misbruk i barndommen med henblikk på langtidsvirkningen på liv og helse.

Fenomenologi er studiens teoretiske ramme og hermeneutikk det metodiske redskap. 34 voksne brukere av to norske incestsentre samtykket i å bli dybdeintervjuet angående sine møter med representanter for helsevesenet. De lydbåndinnspilte intervjuene ble skrevet ut ordrett. Relevante sykehusjournaler kompletterte 16 av intervjuene. I tillegg skrev jeg omfattende feltnotater til intervjusituasjonene.

Erfaringene som knyttet seg til krenkelse, sykdom og behandling grupperte seg omkring sju fenomener som kunne finnes i minst én form i hvert intervju. Jeg kalte dem sanselige innprentninger, usikker virkelighetsoppfatning, uegnede tilpasningsreaksjoner, anstrengte relasjoner, gjenkjente minner, ikke-hørte budskap og reaktiverte erfaringer.

Virkningen av seksuelt misbruk i barndommen viste seg å ugyldiggjøre sentrale premisser i naturvitenskapelig tenkning, slik som lineær tid, en entydig årsak-virkning-relasjon, kategoriske forskjeller mellom hva som er krenkelse, sykdom og behandling og individualitet. Siden disse forutsetningene for en korrekt medisinsk vurdering ikke var gitt, resulterte antatt korrekt behandling hyppig i feilbehandling. De misbrukte personene ble følgelig krenket på nytt da de søkte hjelp for helseproblemer som ble skapt av sosialt fortiet seksuell krenkelse.

Oppsamlet faglig erfaring fra mer enn 20 års allmennpraksis i møte med hovedsakelig kvinnelige pasienter i alle aldre, kvinner med ulik sosial tilhørighet og etnisitet, hadde påtvunget meg en svært ubehagelig erkjennelse. Den handlet om at mange kvinners helseproblemer var knyttet til seksuell krenkelseserfaring. Denne var som oftest aldri blitt fortalt til noen, heller ikke til meg, disse kvinnenes primærlege. Jeg selv hadde heller ikke systematisk spurt etter slike erfaringer i konsultasjonene. Fortellinger om slike krenkelser kom som oftest frem når kvinnene sammen med meg søkte om trygdeytelser for kroniske helseproblemer som ikke bedret seg etter en antatt adekvat behandling. I slike samtaler ble jeg bevisstgjort på at skjulte seksuelle krenkelser påvirket både liv og helse på måter som ikke kunne begripes i rammen av en biomedisinsk kroppsforståelse og etiologitenkning. De helsefølger jeg kunne observere, hadde flere særtrekk som ikke samsvarte med den medisinske korrekte kunnskapen om menneskekroppen.

En pilotstudie blant mine kvinnelige pasienter bekreftet antakelsen om at seksuelle overgrep virket generelt destruktivt både på den psykiske og den somatiske helsen. Dette samsvarte med funn fra studier ved psykiatriske, gynekologiske og gastroenterologiske klinikker (1). Men virkningen av de overgrepene jeg fikk kjennskap til, ofte for første gang, var ikke i samsvar med hvordan overgrepene var klassifisert og kategorisert i relevant litteratur. Effekten på den enkelte kvinnes liv og helse kunne jeg ikke direkte avlede av krenkelsens objektive kjennetegn. Dette funnet fant jeg derimot ikke støtte for i

litteraturen om seksuelle overgrep. Den omfattet utelukkende studier som var basert på epidemiologisk metodologi. Jeg fant følgelig ikke noe som hjalp meg til å begripe den individuelle prosessen fra krenkelse til helseproblem som jeg syntes å kunne se hos mine krenkede pasienter.

Min videre utforskning av de mulige sammenhenger mellom overgrep og helse hadde tre delmål. For det første ville jeg oppnå en dypere forståelse av sosialt fortiede krenkelser av den menneskelige verdighet, og da spesielt av seksuell integritetskrenkelse. For det andre ville jeg prøve å begripe om og eventuelt hvordan slike skjulte krenkelser påvirker den individuelle helse. Og for det tredje ville jeg utforske hvordan medisinen håndterer helseproblemer som springer ut av fortiede krenkelser av den seksuelle integritet. Studien ble anlagt slik at den skulle åpne for innsikt i en dobbelt dynamikk, nemlig den mellom krenkelse og helse generelt og den som utspiller seg mellom den krenkede personen og ulike representanter for helsevesenet spesielt.

Teori, metode og materiale

Referanseramme

Siden det var min erklærte hensikt å finne en vei inn til den intersubjektive verden av kulturelt bestemt mening og personlig erfaring, måtte studien forankres i et teoretisk rammeverk som tillater forståelse av mellommenneskelig liv. Og siden den primære kilden for kunnskap var andre menneskers erfaringer, måtte metodene for å kunne tappe denne kilden være i samsvar med teorier om sosialt liv, menneskeskapt mening og betydningen av livets erfaringer. Derfor valgte jeg fenomenologi som filosofisk posisjon og erkjennelsesteoretisk grunnlag. Fenomenologiens anliggende er nemlig en søken etter essensene i menneskelige erfaringer (2). Fenomenologers interesse gjelder mennesket som et fortolkende og meningsskapende subjekt og den levde kroppen som integrert livserfaring (3). Metoder som svarer til dette menneske- og kroppssynet er utviklet av flere samfunnsvitere som alle har integrert fenomenologisk tenkning i fortolkningen av menneskelige ytringer (4 - 7).

Analysegrunnlag

I praksis betydde disse valg at voksne mennesker som selv visste om at de var blitt seksuelt krenket i sin barndom eller ungdom, ble intervjuet av meg. To incestsentre i Norge ble kontaktet. 50 personer ville la seg intervju, 42 kvinner og åtte menn. Blant disse valgte jeg 34 kvinner i alderen 17 - 70 år som representerte ulike kombinasjoner av familieforhold under oppveksten, sosial status, omsorgsansvar og sykelighet. Jeg valgte å intervju alle de åtte mennene, siden det nesten ikke finnes studier angående helsefølger blant seksuelt krenkede voksne hvor menn er representert. I løpet av intervjutiden mellom juni og desember 1993 falt to kvinner og fire menn fra, alle på grunn av dramatiske hendelser - slik som voldsskade, tvangsinnleggelse, trusler, skilsmisse og politietterforskning. 35 intervjuer ble gjennomført, ett kunne ikke utskrives pga. tekniske feil under opptaket. Analysegrunnlaget var derfor 34 intervjuer, som utgjorde ca. 80 timer lydbandopptak, relevante epikriser til 16 av personene, fire fyldige historier skrevet av personer som ikke ville la seg intervju personlig og omfattende feltnotater fra mine opphold ved incestsentrene. Opptakene av intervjuene skrev jeg ut i samsvar med veiledning av Mishler (4). Utskriftene utgjør ca. 600 tekstsider.

Fortolkningsmåte

Analysen av intervjutekstene foregikk trinnvis etter sju hermeneutiske regler (5). Tolkningene ble utdypet ved å forankre dem i teorier fra samfunnsfag, litteraturvitenskap og filosofi. Følgende tenkere influerte min fordykning og min forståelse på en avgjørende måte:

Filosof Maurice Merleau-Ponty hevder at menneskekroppen er et kroppsliggjort liv som favner levd tid, opplevde rom og alle opplevde relasjoner, at den levde kroppen er både subjekt og objekt samtidig, og at den alltid er samtidig både til stede, fraværende og vedvarende i vår bevissthet (2).

Litteraturviter Elaine Scarry har beskrevet at gjenstander og steder som inngår i tortur skifter betydning, slik at synet av f.eks. et strykejern betyr kroppslig smerte og redsel for en person som er blitt torturert med et strykejern (8).

Sosiolog David Riches lærte meg hvordan en som vil misbruke en annen gjør offeret lydig ved å anvende en "taktisk forhåndstømming", altså en legitimering av en ond handling ved å omdefinere denne som god (9).

Psykiater og filosof Pierre Janet har vist hvordan mennesker kan verne seg mot ufattelige erfaringer ved ikke å føye dem til

sin verbale kognitive bevissthet, men derimot avspalte dem slik at de blir til ordløse sensoriske minner (10).

Vitenskapsteoretiker Michael Polanyi har som utgangspunkt at vår samlede erfaring er vårt "fra", vårt ståsted hvorfra vi retter vår oppmerksomhet "til" eller mot noe, og at alt som utgjør vårt "fra" bestemmer hva og hvordan vi ser og forstår (11).

Sosialfilosof Pierre Bourdieu har utviklet teorier om hvordan sosialt konstruert symbolsk makt er knyttet til gaver og sosial rang som uttrykk for forhåndsbestemte og implisitte påbud om lydighet ingen bør motsette seg (12).

Lingvist og psykoanalytiker Julia Kristeva lærte meg hvordan selvet avgrenser det som er fremmed, det andre, ved å definere og oppleve alt som truer selvet som noe ekkelt, frastøtende, "objekt" (13).

Antropolog A. Jamie Saris viser at mennesker integrerer kulturelle ideer og sosiale normer i sin forståelse av seg selv ved å lære å omtale seg selv i f.eks. psykiatriens, helsebyråkratiets eller kirkens språk (14).

Sosiolog Erving Goffman har introdusert begrepene "frame", oversatt med ramme, og "keying", i betydning av å forsyne noe med en nøkkel, slik som i musikken, for å gjøre tydelig om f.eks. en kamp mellom to individer er idrett, lek eller krig (15).

Psykolog Hanne Haavind mener at psykologiske og psykoanalytiske teorier kan bevirke en reviktimisering, altså en fornyet, men tildekket krenkelse av krenkede mennesker i terapeutiske situasjoner og relasjoner (16).

Antropologene Nancy Scheper-Hughes og Margaret Lock har utviklet en teori om at menneskekroppen kan "leses" som en samtidighet av tre kropp, en som er individuell, en som formes av sosiale regler, og en som styres politisk (17).

Filosof og lege Drew Leder omtaler menneskers kroppsbevissthet som en ytre, sanselig, "ekstatisk" kropp som er i berøring med verden, integret med en indre, "recessiv", tilbaketrukket kropp (3).

Sosialfilosof Michel Foucault hevder at medisinske vitenskapelige blikk er objektiverende og distansert, og gjør det observerte menneske til et objekt og fratrer det subjektstatus (18).

Resultater

Sju fenomener

Analysen frembrakte sju fenomener som kunne gjenfinnes i hvert eneste intervju i minst én uttrykksform. Hvert fenomen beskrives og illustreres med en vignett:

Sansefølelser under misbruk ble omformet til ikke-tilfeldige kroppslige uttrykk for denne misbrukserfaringen.

Da Berit første gang ble voldtatt som åtteåring av morens samboer, satte han en kniv mot hennes halsside. Senere la han bare en finger dit for å kreve lydighet. Helt siden da får Berit panikkanfall når noe streifer hennes hals, og hun bruker aldri skjerf, smykker eller sjal.

Seksuelt misbruk gjorde at det kjente og vante forandret betydning radikalt slik at et misbrukt barn måtte leve i helt ulike meningsuniverser og helt uforenlige virkeligheter samtidig.

Veronika ble misbrukt av sin far fra hun var ti år. For ikke å måtte høre de obsceniteter far sa når han brukte hennes kropp eller munn, spaltet hun sin hørsel. Hun var nesten døv i ti år og måtte benytte høreapparat. Da hun flyttet fra foreldrene, ble hørselen normal.

Tilpasning til skjulte krenkelser ble til mistilpasning, og "hensiktsmessige" væremåter ble uhensiktsmessige i alle andre sammenhenger.

Nora ble misbrukt av sin far fra hun var sju år. Uforklarlig smerte i høyre hofte førte til en operasjon da hun var 13. Hun var et helt år på sykehuset. Faren rørte henne aldri siden. Som voksen søkte Nora gjentatte ganger et fristed fra volden i ekteskapet på sykehuset.

Påtvungen smerte fra ujevne erfaringer fremmedgjorde et krenket barn i forhold til livsviktige personer, slik at barnet måtte uttrykke det ujevne i lidelse istedenfor med ord.

11 år gammel ble Bjarne voldtatt av den voksne han hadde mest tillit til. Han følte seg deretter så verdiløs at han ikke torde søke omhet hos sine nærmeste. Han flyktet fra virkeligheten og ensomheten inn i mørke kinoer. Der ble han funnet av pedofile menn.

Overveldende opplevelser ble ikke kognitivt integrert, men bare husket som sanseengrammer, og senere sansefølelser som kjentes "lik nok" den opprinnelige erfaringen kunne aktivisere eller gjenopplive denne.

Beate hadde fra hun var liten opplevd at faren skadet moren med kniver. Da hun som voksen en dag så sin yngste tenårings sønn sitte og leke med en kniv, gjenkjente hun farens håndgrep i guttens hender. Da skjønte hun at hennes far hadde misbrukt hennes sønn.

Medisinske behandlere overhørte og ugyldiggjorde fortellinger om seksuelle overgrep og deltok på denne måten i samfunnets allmenne fortløp av det som ikke skal nevnes.

Line ble voldtatt av sin far da hun var åtte, 12 og 20 år. Etter den siste voldtekten søkte hun hjelp for søvnproblemer. Da legen spurte om grunnen, nevnte hun voldtekten. Som om han ikke hadde hørt, skrev legen en resept og advarte mot å blande tablettene med alkohol.

Når en gammel krenkelseserfaring ble fornyet gjennom en ny opplevelse av avmakt, kunne den nye opplevelsen bli til de grader forsterket slik at følgene kunne bli både uforholdsmessig store og medisinsk sett uforklarlige.

Da Fanny forstod at hennes datter var blitt misbrukt av en nabo, husket hun sitt eget misbruk gjennom en onkel. Hun anmeldte naboen, men ble selv dømt for falsk anklage siden medisinske bevis manglet. Fanny fikk en parese, og deretter ble hun arbeidsufør.

Felles mønstre

Fenomenene handlet om noe som var *både regelbundet og uforutsigbart*, det vil si av noe *generelt* om å bli krenket og noe *individuell* om å bli påvirket av en krenkelseserfaring. Det generelle og det partikulære føyde seg sammen til mønstre, som viste seg i den krenkedes væremåter eller handlinger. Disse var vanskelig å forstå for enhver som ikke visste om den forutgående krenkelsen og om dens kjennetegn og omstendigheter. Men væremåten eller handlingen var heller ikke alltid forståelig for den krenkede selv. Dette skyldes de mekanismer som Pierre Janet allerede på slutten av 1800-tallet på bakgrunn av sin empiri fra sykehusene i Paris beskrev som dissosiasjoner. Han anså dem som tilpasnings- og vernestrategier, og han så også deres sammenbrudd i form av sykdom når individets tilpasningsevne til belastninger var uttømt. Janets empiri blir nå bekreftet av den aller nyeste forskning innen traumatologi og nevrofysiologi (19 - 22). Sigmund Freud kom i veien for utbredelse og utdypning av dette tankegods, men hans teorier om det ubevisste, om fortrenning og om de infantile seksuelle fantasier viste seg å være et normativt snarere enn et vitenskapelig verk.

Innskriftene av skjulte overgrep i kropp og liv kom til uttrykk når sanselige engrammer av voldelige, ekle, smertefulle og påtvungne kroppslige erfaringer ble gjenopplivet senere i livet av noe som liknet så mye på den originale erfaringen at det ikke umiddelbart kunne skilles fra den. Med andre ord, når de krenkede på en eller annen måte fornemmet noe i nåtid som liknet for mye på noe i fortid til at han/hun klarte å skjelne opplevelsene, gjenoppstod fortiden. Det vil si at tidskillene ble opphevet, og at gammel redsel, smerte, ubehag, avsky, avmakt eller ydmykelse fremstod som nåtidig. Slike opplevelser kunne selvsagt verken deles eller bekreftes av andre. Angsten, smerten og redselen virket grunnløs, meningsløs og substratløs. Den som hadde angsten, smerten eller redselen, ble oppfattet som syk eller gal. Når heller ikke den krenkede selv engang kunne huske at det dreide seg om en gjenoppliving av gamle minner fordi det gamle forble avspaltet og aldri ble til minner, altså til noe som kunne huskes aktivt eller via assosiasjoner, så betvilte personen selv sin egen virkelighetserfaring.

Skjulte krenkelser tidlig i livet førte til en fundamental usikkerhet angående minner og vurderingsevne. Det ligger i sakens "natur" at mennesker som har måttet leve i uforenlige virkeligheter som åpenbart ingen omkring dem oppfattet, selv ikke når de prøvde å meddele seg, lærte å mistro sin egen vurderingsevne.

I tillegg kom at mange av de krenkende erfaringer var knyttet til mennesker som stod den krenkede svært nær. Når misbruk og omsorg, kos og krenkelse, lyst og ydmykelse ble blandet, når det som gjorde vondt og kjentes feil ble fremstilt som noe godt og riktig, når taushet, samtykke og samarbeid enten ble truet frem eller belønnet med gaver, da ble kategorier oppløst og forskjeller utvisket. Rett og galt ble ikke til å holde fra hverandre, godt og vondt kom fra de samme hender, kjærtegn og ødeleggelse ble ett.

Alle mellommenneskelige relasjoner ble affisert. Når nærhet ble det farligste av alt, mens barnet tross alt ikke kunne leve

uten nærhet, så ble fremmede en farlig erstatning for nære. Når aktelse var noe som barnet aldri opplevde i praksis og følgelig ikke kunne lære noe om, lærte barnet samtidig ikke å ta seg i akt. Barnet kom følgelig lettere til skade og falt oftere i hender som gjentok det som hadde hendt før. Av de 34 voksne jeg snakket med, hadde 18 hatt flere overgrepere i sin barndom, og 22 var også som voksne igjen blitt krenket seksuelt.

Nedverdigelsen gjennom andre var blitt til en visshet om egen verdiløshet. Den krenkede betraktet ikke seg selv som en som kunne be om eller fortjente respekt. Det førte hos noen til grenseløs seksualitet, enten som prostitusjon eller promiskuitet, med dyp skam, sykdom, tap av rykte og sosial troverdighet til følge. Det igjen kunne vise seg å være skjebnebestemmende når de krenkede senere gikk til rettssak mot sine overgrepere. Deres liv ble brukt mot dem som bevis for deres egen mangel på troverdighet og den anklagedes skyldfrihet.

Grenseløsheten kom også til uttrykk i bruk av rusmidler, i forhold til planer, i vurdering av muligheter og i nære relasjoner der de krenkede mennesker viste seg nærmest automatisk å komme i betjeningsposisjon. Å bli utnyttet eller benyttet ble et grunn tema i livet. Sykdom, kriser, brudd, funksjonssvikt, sammenbrudd, selvmord og nye traumer ble følgene. De krenkede kom derfor via ulike veier inn i somatisk og psykiatrisk behandling.

Fornyede krenkelser

I medisinsk behandling og i terapi møtte de krenkede personer nye farer. Korte vignetter skal illustrere hva disse farene handlet om. Krenkede barn kunne møte nye overgrepere i sine behandlere:

Oda hadde en medfødt sykdom. En onkel og hans venner misbrakte barnet under dekke av at de ville gjøre henne frisk. Oda var ofte innlagt i en universitetsklinikk. Der ble hun igjen misbrukt av to mannlige pleiere under dekke av omsorg, renslighet og pleie.

Også voksne kunne bli misbrukt igjen idet de søkte om hjelp for helseplager som var følger av tidligere overgrep:

Da Gunhild var 23, flyttet hun fra sin mangeårige misbruker, stefaren, til en annen by. Så anmeldte hun stefaren. Hun bad sin psykolog om å informerte en ny lege på stedet om hennes historie. Denne legen misbrakte Gunhild seksuelt i bytte mot medikamenter.

Medisinske undersøkelser, legitimert som hjelp, representerte nye krenkelser som i mangt liknet på de opprinnelige:

Grethe var blitt voldtatt av sin far i flere år før hun torde betro seg til sin farmor. Farmor anmeldte Grethes far til politiet. Politiet begjærte en legeundersøkelse. Grethe, 13 år, ble undersøkt gynekologisk med fastspente bein under trussel av å få satt en sprøyte.

Medisinske behandlinger for følger av overgrep ble opplevd som nye overgrep med lang kronisk sykdom til følge:

Camilla, i mange år misbrukt av fars beste venn, ble voldtatt, 16 år gammel, av en kamerat. Det kunne hun ikke fortelle. Da hun kort etter dette blødde voldsomt, fikk hun foretatt en utskrapning uten narkose. Det ble det første av 16 inngrep i de neste 20 år.

Andre former for fare handlet om feilbehandling på grunn av feilaktige oppfatninger av årsaken til det aktuelle eller kroniske helseproblemet. Dette ble det tydelig når livshistorien og sykehistorien ble sammenliknet, hvilket var mulig for 16 av de 34 informanter i studien. Ved å lese journaler fra somatiske sykehus på bakgrunnen av krenkelseserfaringen ble det tydelig hvordan uttrykk for krenkelse ble omtolket til tegn for sykdom. Det var tilfellet for barn mens misbruk pågikk:

Annabella var gjentatte ganger innlagt i en tertiær ortopedisk avdeling for ryggsmarter. Hun var dessuten ofte innlagt i medisinske avdelinger for selvmordsforsøk. Ingen av hennes leger skjønnte at hun ble kontinuerlig misbrukt seksuelt av sin mor og flere andre.

Det var tilfellet for personer som ble misbrukt som barn og igjen som voksne:

Line hadde vært misbrukt av far og giftet seg tidlig. Snart etter bryllupet begynte mannen å bli voldelig. Line fikk sterke ryggsmarter og ble operert. Men smerten fortsatte. Line skulle opereres igjen, men ble gravid. Hun ble bra da hun etter fødselen flyttet fra sin misbruker.

Det skjedde ved det samme sykehuset gjentatte ganger med ulike indikasjoner:

Gisela var blitt misbrukt av en mann og hans venner siden hun var sju. Fra første fødsel hadde hun kroniske bekkensmerter. Etter fem operasjoner inkludert hysterektomi vedvarte smerten. Først da vurderte kirurgene om det kunne foreligge psykososiale smerteårsaker.

Det skjedde også over årtier med psykiatrisk behandling uten at årsaken til helseproblemene ble erkjent:

Ruth var som fireåring blitt misbrukt av en ansatt på foreldrenes gård. Hun ble fremmed i sitt hjem og i en omsorgsfull familie. Nærhet og seksualitet ble det store problemet i hennes liv. Psykiaterne ignorerte hennes erfaring og overhørte hennes fortelling i flere årtier.

Diskusjon

Grensekrenkelse

På bakgrunn av mine intervjuer med seksuelt krenkede mennesker tør jeg hevde at krenkelser av den kroppslige, psykiske, seksuelle og sosiale integritet representerer ødeleggende erfaringer. I medisinsk eller sosiologisk forskning blir disse krenkelser betraktet som atskilte og ulike kategorier. For forskningens formål fører dette til at mennesker blir sortert etter ytre kjennetegn slik som f.eks. voldens omstendigheter, krenkerens hensikt eller krenkelsens synlige og målbare effekt. Min studie gir grunn til å hevde at et slikt ordenssystem av ulike typer krenkelser er av underordnet betydning i et opplevelsesperspektiv. Fra den krenkedes ståsted er en felles kjerne, altså selve grensekrenkelsen, det sentrale. Da blir det viktig å tenke over hva menneskelige grenser er laget av, hvordan de opprettes og vernes eller eventuelt gjenopprettes og heles. Fra en rekke studier fremgår det at grensekrenkelser, særlig hvis de skjer tidlig i livet, gjør de krenkede ekstra utsatt for nye krenkelser senere. Det kan virke som om grensene deres er blitt skjøre, lettere å ringeakte og enklere å overtre. Blant mine 34 voksne informanter som alle var blitt seksuelt krenket som barn, hadde 18 hatt flere overgrep, og 22 hadde opplevd seksuell vold igjen som voksne.

Skam, skyld og stigma

Integritetsgrenser eksisterer nedfelt i regler, ritualer og konvensjoner. De er sosiokulturelt konstituert. Barn lærer dem i sosial praksis. De beror på en mellommenneskelig gjensidighet som utgjøres av en persons egen bevissthet om sitt egenverd og om andres aktelse av dette. Krenkelse handler om å bli fratatt subjektstatus og gjort til objekt for andres behov, begjær eller kontroll. Når slik nedverdiggelse skjer tidlig i livet, gjennom betydningsfulle mennesker som barnet er eksistensielt avhengig av og på måter som barnet ikke kan gi ord eller begrepsfeste og ikke får bekreftet av andre, da erfarer barnet å bli gjort til en ting, altså devaluert. Dette påvirker barnets videre liv på en måte som forener allmenne aspekter, altså biologiske, sosiale og kulturelle, og særegne forhold som gjelder barnets egen måte å oppleve, tolke og tilpasse seg etter evne og grad av modenhet. Den ødeleggende kraften i tidlige seksuelle krenkelser er knyttet til de sentrale sosiokulturelle fenomener verdighet, skam, skyld og stigma.

Symbolsk vold

Overgrep er vold, selv om den i konkret forstand er fraværende. Den symbolske volden kunne se ut som kjærlighet.

Tanja ble overøst med godhet av en onkel. Derfor kunne fireårige Tanja ikke begripe hvorfor hun hatet onkelens godnatritual. Det ekle som skjedde, tilla hun sengen. Derfor ble senger farlige steder. Tanja ble et søvnløst barn, senere tablettmisbruker og narkoman.

Men den symbolske volden kunne også fremstå som en medisinsk diagnose.

Elisabeth ble tvangsinnlagt som voksen fordi hun var depressiv og synshallusinert. Hun så noe som hun ikke forstod. Senere bekreftet hennes mor "synene". De handlet om å bli misbrukt som baby av far. Mor skilte seg av den grunn. Det hadde Elisabeth aldri visst før.

Og den kunne bli fremsatt som et vitenskapelig fundert resonnement.

Fra hun var 11 år ble Judith oralt penetrert av flere voksne menn. 12 år gammel ble hun kolecystektomert pga. pankreatitt og icterus. Senere fikk hun diagnosene astma, anorexia, bulimia, angstlidelse, somatisering og tvangs-spising. Legene drøftet aldri orale overgrep.

Teoretiske refleksjoner

Refererte referanser

Korrekt medisinsk behandling hviler på gyldig medisinsk kunnskap. Denne er forankret i forutsetninger som lineær tid, et irreversibelt årsak-virkning-forhold, kategorisk distinksjon mellom hva som er krenkelse, sykdom og behandling og individualitet (23). Som de korte vignetter viser gjorde de ulike seksuelle overgrepserfaringer disse helt grunnleggende forutsetninger ugyldige. Virkningen av overgrepene var preget av en subjektiv logikk og rasjonalitet som ikke stemmer overens med naturvitenskapelig logikk og objektiv rasjonalitet. Medisinens møte med kroppsliggjort krenkelse ble følgelig et møte mellom to begreps- og kunnskapsuniverser. De kroppslige innskrifter kunne ikke tolkes med det medisinske blikket. Diagnostisk feilvurdering fulgte med høy sannsynlighet, og medisinsk feilbehandling ble en hyppig og logisk konsekvens.

Metodologiske betraktninger

Epidemiologisk forskning gir belegg for til dels oppsiktsvekkende høy positiv korrelasjon mellom seksuelle overgrep i barndommen og somatisk og psykisk sykkelighet. Dette gjelder både i selekterte og befolkningsbaserte materialer (24). Men disse studier medfører ingen hypoteser om hvordan en slik samvariasjon kan forstås. Min utforskning av sammenhengene mellom helseproblemer og seksuelle krenkelser i barndommen er i referanseramme og metodevalg annerledes enn alle studier angående dette emnet jeg vet om. Tilnærmingen involverte meg som forsker på en svært tydelig måte. Min involvering var uunngåelig. Den krevde en svært åpen fremlegging av studiens materiale. Materialet representerte i tillegg en arbeidsvei. Denne kan direkte avleses av hvordan min forkunnskap og forforståelse gradvis ble både validert og satt på prøve, motsagt og bekreftet. Min faglige kunnskap ble underveis både påvirket, korrigert og utvidet av ny innsikt. Materialet reflekterer utover dette også en erkjennelsesprosess, og den involverte både mine informanter og meg. Under intervju samtalen hendte det flere ganger at *vi sammen* opplevde en helt ny forståelse som sprang ut av en felles undring. Det betyr at materialet var en samproduksjon. Tolkning skjedde allerede under innhenting. Analysen bygde på stoff som allerede innebar en fortløpende felles fortolkning og utdypet innsikt. Alt dette er eksplisitt gjort rede for i min doktoravhandling (25).

Etiske implikasjoner

Min utforskning av traumatiske erfaringers betydning brakte meg i nær berøring med andre menneskers valg, hensikter og verdier. Mine reaksjoner på deres informasjon og min deltakelse i å utvikle en felles forståelse under våre samtaler involverte meg som person. Det vil si mine egne verdier og valg ble en del av et felles foretak om å forstå bestemte menneskelige erfaringer. Jeg var på ethvert trinn i høyeste grad til stede som involvert forsker, erfaren lege og engasjert person. Dette krevde en detaljert dokumentasjon av samtalenes forløp og mine tolkingers grunnlag. Bare på den måten kunne jeg føre belegg for studiens validitet og resultatenes troverdighet (4 - 7).

Men utover dette tydeliggjorde min studie at etiske aspekter har overordnet betydning når menneskelig livserfaring er forskningens tema. Forskerens egen deltakende nærvær er noe annet enn en farlig feilkilde, det er "forutsetningen for at mennesker blir kjent med hverandre og gir hverandre adgang til sine liv" (6).

Konklusjon

Ved å utforske en ekstrem menneskelig erfaring, skjulte seksuelle krenkelser i barndommen, har jeg vist at mennesker er kroppsliggjøringen av sine levde liv. Dét bør være medisinens grunnlag når syke mennesker søker medisinsk hjelp og når deres sykdom blir gjenstand for medisinsk vurdering. Sykeliggjøringen og kronifiseringen av ofrene av skjult vold i hjelpens og vitenskapens navn er det mest kontroversielle funn i min studie. Studien bør følgelig kunne inngå i en vitenskapsteoretisk debatt om medisinens menneskebilde og kroppsførståelse.

Litteratur

1. Kirkengen AL, Schei B, Steine S. Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patients in a general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 276 – 80.
2. Merleau-Ponty M. *Phenomenology and perception*. London: Routledge & Kegan, 1986.
3. Leder D. *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
4. Mishler EG. *Research interviewing. Context and narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1986.
5. Kvale S. The qualitative research interview: a phenomenological and hermeneutical mode of understanding. *J Phenom Psychol* 1983; 14: 171 – 96.

6. Oakley A. Interviewing women: a contradiction in terms. I: Roberts H, red. Doing feminist research. London: Routledge & Keagan, 1984.
7. Salner M. Validity in human science research. I: Kvale S, red. Issues of validity in qualitative research. København: Studentlitteratur, 1989.
8. Scarry E. The body in pain. The making and unmaking of the world. Oxford: Oxford University Press, 1985.
9. Krohn-Hansen C. The shaping of illegitimacy. On the anthropology of violent interaction. Working paper 1993.6. Oslo: Senter for utvikling og miljø, Universitetet i Oslo, 1993.
10. van der Kolk BA, van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. Am J Psychiatry 1989; 146: 1530 – 40.
11. Polanyi M. Knowing and being. Chicago: Chicago University Press, 1969.
12. Bourdieu P. Outline of a theory of practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.
13. Kristeva J. Powers of horror: an essay on abjection. New York: Columbia University Press, 1982.
14. Saris AJ. Telling stories: life histories, illness narratives, and institutional landscapes. Cult Med Psychiatry 1995; 19: 39 – 72.
15. Goffman E. Frame analysis. An essay on the organization of experience. New York: Harper & Row, 1974.
16. Haavind H. Gender as phenomenon and gender as a mode of understanding. Tidsskr Nor Psykologforen 1994; 31: 767 – 83.
17. Scheper-Hughes N, Lock M. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. Med Anthropol Quarterly 1987; 20: 6 – 39.
18. Foucault M. The birth of the clinic: the archeology of medical perception. New York: Vintage Books, 1975.
19. Pennebaker JW, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. J Consult Clin Psychology 1988; 56: 239 – 45.
20. van der Kolk BA. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Rev Psychiatry 1994; 1: 253 – 65.
21. van der Kolk BA, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and explanatory study. J Trauma Stress 1995; 8: 505 – 25.
22. Putnam FW. Dissociation in children and adolescents. A developmental perspective. New York: The Guilford Press, 1997.
23. ten Have HAM. Medicine and the Cartesian image of man. Theoretic Med 1987; 8: 235 – 46.
24. Golding JM. Sexual-assault history and long-term physical health problems: evidence from clinical and population epidemiology. Curr Dir Psychol Science 1999; 8: 191 – 4.
25. Kirkengen AL. Embodiment of sexual boundary violations in childhood. A phenomenological-hermeneutical study of the health impact of childhood sexual abuse. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenntmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, 1998.