

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Vold i nære relasjoner

– en oversett utfordring

■ ARILD AAMBØ

Lege og allmennpraktiker, seniorrådgiver ved NAKMI
(Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse)

■ TAHIRAH IQBAL

Rådgiver ved Røde Kors, Tvangsekteskapstelefonen

■ BENTE FJELDSTAD

Konstellatør/traumeterapeut NKf
(Norsk Konstellatørforening)

At vold ikke bare kan medføre skader, men en rekke mer eller mindre kroniske sykdomstilstander, er i dag godt dokumentert (1, 2). Denne sterke sammenhengen mellom vold og trusler på den ene siden og dårlig helse på den andre er også vist i norske undersøkelser (3). Mens betydningen av traumatiske opplevelser i opprinnelseslandet og under flukten på ingen måte må undervurderes, viser forskningen at pasientens situasjon her-og-nå har avgjørende betydning for helse (se for eksempel 4, 5, 6, 7, 8), og mens medisinen har hatt en tendens til å konsentrere seg om pasientens individuelle tilbøyeligheter og adferd, er det i dag gode grunner til at vi også inkluderer pasientens sosiale nettverk i våre vurderinger. Da, på grunn av de helsemessige konsekvensene på både kort og lang sikt, står vold i nære relasjoner i en særstilling.

Hva regnes som vold?

WHO definerer vold som

...the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, mal-development or deprivation (9).

I følge denne definisjonen omfatter vold også trusler, og kan klassifiseres som:

- Selvskading
- Vold mot en annen person
- Vold mot en gruppe eller et lokalsamfunn.

HOVEDBUDSKAP:

- Å bli utsatt for vold og trusler øker vår sårbarhet for sykdom. Sosial støtte, derimot, beskytter.
- Selv om en ikke har grunn til å tro at vold forekommer mye oftere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, er innvandrerkvinner spesielt sårbare i denne sammenhengen på grunn av ulike barrierer som hindrer dem i å søke hjelp.
- Mange unnlater å snakke om den volden de blir utsatt for.
- Det er en tendens til at leger og andre helsearbeidere lett kan overse vold eller at de vegrer seg for å snakke med sine pasienter om dette. Dette er beklagelig, fordi slike samtaler har vist seg å skape trygghet, redusere stress, og øke voldsofferets innflytelse over egen situasjon.

Volden kan være av fysisk, seksuell, eller psykisk karakter, men også frihetsberøvelse og omsorgssvikt regnes som vold. Ulike typer vold har imidlertid en tendens til å flyte over i hverandre (10), og noe forenklet kan en vel si at vold dreier seg om handlinger som har til hensikt å skremme eller skade en annen.

Politiet her i Norge definerer *vold i nære relasjoner* som vold eller trusler om vold overfor personer som en er eller har vært gift med, eller som en lever eller har levd med i ekteskapslignende forhold, men også søsken, barn, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp- eller nedadstigende linje, samt adoptiv-, foster- og steforhold inkluderes.

Forekomst av vold i nære relasjoner

Det er vanskelig å komme frem til sikre tall for utbredelsen av vold i nære relasjoner. Underrapportering skjer sannsynligvis i stor grad, av ulike grunner. Det kan bli sett på som en trussel mot egen gruppe å melde fra om vold, fordi å rapportere om vold involverer utenforstående (16). Ofte vil innflytelsesrike personer, religiøse ledere og andre unngå alt som kan stille deres gruppe i et dårlig lys og ødelegge det positive inntrykket som de har arbeidet så hardt for å oppnå (13). Samtidig er der stor variasjon i hvilken grad vold innenfor

hjemmets fire vegger oppfattes som normalt, tolereres, eller til og med rettfærdiggjøres (13, 15). Studier fra USA antyder at problemet med underrapportering sannsynligvis er størst blant asiatiske innvandrere, fordi de gjerne holder seg for seg selv, unngår innblanding utenfra (13) og sjelden snakker om problemer i familien til fremmede (15). Verdier som tette familieband, harmoni og orden beskytter da ikke nødvendigvis mot vold i hjemmet, men fører i stedet til at volden bortforklares eller holdes skjult (21).

Det er likevel klart at vold i nære relasjoner forekommer i alle samfunn. WHO anslår at i løpet av livet har fra 10 til nærmere 70 prosent av kvinner opplevd vold fra sin partner (1), og i en større undersøkelse hvor en sammenlignet forekomsten av vold i ti ulike land i Asia, Afrika, Europa, Sør-Amerika og Oseania, varierte denne fra 15 til 71 prosent. Mellom 4 og 54 prosent hadde opplevd vold i løpet av det siste året (11). Årsakene kan være mange. En undersøkelse fra Bangladesh viser for eksempel at krangel om medgift øker forekomsten av vold i ekteskapet, særlig om mannen har opplevd at faren mishandlet hans mor (22). Studier fra tradisjonsbundne samfunn viser videre at risikoen for vold øker når kvinner blir økonomisk aktive og krever autonomi (12, 22), mens den reduseres når de får utdanning (12). Det ser også ut



WHO anslår at i løpet av livet har 10–70 prosent av kvinner opplevd vold fra sin partner. ILLUSTRASJONSFOTO: CHERIE OTTO

til at menns utdannelse har en beskyttende virkning (22).

Det er da nærliggende å spørre seg om vold forekommer oftere i innvandremiljøer. Mens enkelte undersøkelser tyder på dette (20), viser andre igjen at forekomsten ikke er høyere enn i befolkningen forøvrig (13, 14), men, som nevnt er det vanskelig å få pålitelige tall. Her i Norge ser det ut til at forekomsten av vold er forholdsvis lav, også i innvandremiljøer, og at innvandremenn i større grad er utsatt for vold enn innvandrerkvinner (19). Den aktuelle undersøkelsen skiller imidlertid ikke mellom vold utenfor hjemmet og vold i nære rela-

sjoner. Amerikanske tall viser at 95 prosent av all vold mellom voksne i nære relasjoner er rettet mot kvinner. Og, selv om slik aggresjon ikke sjelden også rettes mot menn, er den volden kvinner opplever grovere og den medfører større skader (14).

Innvandrerkvinnernes spesielle situasjon

Innvandrerkvinnernes voldserfaringer ser ut til å variere med ulike faktorer i mottakerlandet. Immigrasjonslovgivning, samfunnets generelle holdninger til vold, faktorer internt i den aktuelle innvandrergruppen, hvilke ressurser kvinnene opplever å ha til

disposisjon, og, ikke minst, den enkeltes sosiale posisjon virker inn. Voldserfaringen forsterkes så av faktorer som manglende språkferdigheter, manglende kontakt med egen familie og nettverk, lite tilgang til passende arbeid og usikker legal status (14). Blant udokumenterte innvandrere kan frykten for politi og offentlige institusjoner holde den mishandlede fanget i taushet. Ved familiejenforening kan kvinnen få problemer hvis hennes oppholdstilatelset avhenger av ektemannen, og det samtidig er ektemannen som mishandler henne (13). Og hvis hun kom først og har fått jobb, vil mannen, når han ankommer,



Kvinner som opplever fysisk eller psykisk mishandling fra sine nærmeste forteller at det gjør dem engstelige, sønderknuste og deprimerte. ILLUSTRASJONSFOTO: OPHELIA CHERRY

kunne oppleve å ha blitt avhengig av sin kone, og tyr til vold for å gjenvinne følelsen av kontroll (15). Hun, på sin side, unnlater å søke hjelp i frykt for at mannen skal bli utvist og hun etterlates alene (13). Slike situasjoner kan utnyttes av mishandleren. Ikke få nærer dessuten en frykt for at helsearbeidere, dersom de hører om voldshandlingene, skal overreagere (16). Innvandrekvinnens livssituasjon kan således bidra til omstendigheter hvor vold florerer, selv om den generelle holdningen i miljøet er at vold verken tolereres eller oppmuntres.

Naimas historie

Vi har tidligere påpekt den nære sammenhengen mellom innvandreres helse og vold. I tillegg til skader som direkte følger av volden ser en at voldsofre ofte lider av posttraumatiske tilstander, kroniske smerter, sykdommer i fordøyelsesorgan og kjønnsorgan (inkludert infeksjoner), hukommelsestap, svimmelhet, selvskadning og selvmordstanker. Kvinner som opplever fysisk eller psykisk mishandling fra sine nærmeste, forteller at dette gjør dem engstelige, sønderknuste og deprimerte. En-

kelte begår selvmord (15, 24–26, 34, 35). Men selv om vold i nære relasjoner har store helsemessige konsekvenser, avdekkes slik vold forholdsvis sjelden, noe den følgende pasienthistorien illustrerer. Den ble fortalt av en kvinne som ønsket at hennes historie måtte bli kjent – i et håp om at andre i samme situasjon kan få bedre hjelp. Historien reiser et vell av problemstillinger, hvorav enkelte vil bli omtalt nærmere. Vi valgte å begrense opplysninger om de sosiale forholdene Naima levde under til et minimum for bedre å bevare hennes anonymitet, men til tross for historiens rudimentære form, er det vårt håp at både de problemene som Naima opplevde i forhold til hjelpeapparatet og hjelperens dilemma skal kunne tre tydelig frem.

Naima var en glad jente, vakker, hyggelig og lett å komme i kontakt med. Hun hadde flere søstre, men ingen brødre, og da hun kom i gifteklar alder ble det bestemt at hun skulle gifte seg med Seif, en nevø som var bosatt i Norge. Etter bryllupet flyttet hun til Norge, og meldte seg etter hvert på norskkurs. Seif ble da med henne til skolen, og i timene stod han gjerne på en høyde utenfor, hvorfra han gjennom vinduet kunne følge med på hva som skjedde i klasserommet. Etter som tiden gikk ble samlivet vanskeligere og vanskeligere. Naima følte at Seif ikke respekterte henne, til tross for at hun hadde født flere barn, og hun måtte hele tiden tåle ukvemsord, slag, spark og annen urettferdighet. Da hun på nytt ble gravid, fikk de vite at barnet var en jente. Seif sa først ingenting til dette, men en dag mens Naima satt på gulvet, grep han en panne med kokende varm melk fra komfyren og helte over henne. Hun ble sterkt forbrent og kom på sykehuset. Siden Seif snakket flytende norsk, ble han da brukt som tolk, og forklarte at det hele dreide seg om et uhell.

Enkelte undersøkelser viser at i rigide, mannsdominerte samfunn (for eksempel latinos i USA) hvor familiens ære er viktigere enn det meste (13)* og hvor nostalgien for det tradisjonelle dyrkes, forsterkes menns behov for å sikre seg makt og kontroll over sine koner (15). Dersom mannens ortodokse kjønnsrolle utfordres eller opplevelsen av kontroll undermineres, kan det føre til vold, slik det også er vist i en undersøkelse blant indiske kvinner i USA (14). Dette kan dreie seg om tilsynelatende små ting, som for eksempel at kvinnen lærer å beherske majoritetens språk (15). Det kan vel ha vært en utfordring også for Seif, men i dette tilfellet var andre faktorer i spill: Naima var gravid, og barnet var en jente.

* Her ligger trusselen i at om mishandlingen lekker ut, vil han kunne trekke tilbake hennes søknad om oppholdstillatelse.

I Sør-Asia er barnedødeligheten fortsatt høy, og høyere blant jenter enn gutter (28). Det kan henge sammen med at guttebarn har prioritet, mens jenter fort oppleves som en ekstra belastning – særlig dersom det i ekteskapsammenheng er snakk om medgift. Videre viser flere studier at vold har en tendens til å tilta både i omfang og alvorlighet når kvinnen er gravid (27, 30, 31) – særlig hvis kvinnen fra før av lever i et voldelig forhold (30). Denne tendensen forsterkes av kronisk fattigdom og arbeidsledighet, om kvinnen mangler sosial støtte fra egne brødre og søstre, og hvis barnet er uønsket (31, 32). Et uønsket barn kan for mannen representere et ytterligere tap av kontroll, og bare tanken på et nytt barn kan øke stressnivået i familien med konflikt og funksjonssvikt som følge. Om en da i tillegg tror at det er legitimt å ty til vold for å løse familieproblemer, kan volden fort eskalere. Og konsekvensene kan være alvorlige, både for mor og barn. Flere undersøkelser viser at kvinner som har vært utsatt for vold fra sine ektemenn oftere rapporterer om svangerskapskomplikasjoner (32, 33), om barn som de har mistet, enten ved spontanabort, fremkalt abort eller dødfødsel (27, 28, 33). Sannsynligheten for lav fødselsvekt hos barnet (<2500 g) er dessuten betydelig økt (33).

Sykehuset kontaktet Barnevernet, og Naima måtte gi fra seg barnet ved fødselen, mens hun selv ble utskrevet og sendt tilbake til sin voldelige ektemann. Familien var nå under oppsyn av Barnevernet, og Naima ble innkalt til flere møter. Da var alltid mannen med. Før slike møter hendte det at Naima ble banket opp for at hun skulle forstå konsekvensene av ikke å holdt tett, og under møtene kontrollerte Seif hele tiden hva hun kunne si – ikke verbalt, men ved sitt blikk. Slik levde Naima i mange år med frykt for Barnevernet på den ene siden og for volds handlinger fra mannen på den andre.

Seif hadde tydeligvis et stort behov for å kontrollere sin kone. Han passet på henne når hun deltok i norskundervisningen, han kjefte på henne og irettesatte henne, han snakket for henne på sykehuset og silte på denne måten hvilken informasjon som nådde frem til behandlerne. Og nå kontrollerte han på voldelig vis hva hun kunne snakke om hos Barnevernet. Slik kontrollerende adferd er ikke enestående for Seif (13, 15). Mange innvandrerkvinner hindres til og med i å ha kontakt med sin egen familie og sin egen etniske gruppe. Dette påfallende behovet for kontroll gir assosiasjoner til en teori som ble utviklet på 90-tallet, en teori om «kontrollbalanse» som grovt sett kan formuleres slik: Uakseptable avvik oppstår hvis der er for stor dis-

krepan mellom den kontrollen en person utsettes for og den kontrollen vedkommende kan utøve over andre (52, 53). Teorien er senere undersøkt i forhold til rollen som offer/overgriper (54), og kan synes spesielt relevant i et innvandrerperspektiv. Vi skal imidlertid ikke gå nærmere inn på dette da det faller utenfor rammen av denne artikkelen.

Naima ble gravid igjen. Da det ble synlig for mannen, sparket han henne i magen slik at hun aborterte. På sykehuset forklarte Seif at hun hadde snublet og falt på gulvet så lang hun var - på magen. Senere oppsøkte Naima Legevakten flere ganger på grunn av knivsnar i hånden. Også dette ble forklart som uhell:» Hun skulle skrelle mango, og kniven glapp!» På Legevakten fikk hun hjelp for sine senaborter og sårskader, men ingen fant anledning til å snakke med henne alene slik at hun kunne komme frem med sin forklaring. Dette gjorde at Naima aldri fikk hjelp for sine psykiske traumer, og hun ble mer og mer deprimeret og innesluttet. Etterhvert overtok Barnevernet omsorgen for alle hennes barn.

Hjemmemiljøet danner grunnlaget for vår oppfatning av oss selv og andre, så vel som av samfunnet generelt (55), og barn som opplever vold mellom sine foreldre kan ta skade av det. På kort sikt handler det først og fremst om adferdsvansker og/eller emosjonelle vansker, mens det fortsatt er noe uklart hvordan sosiale ferdigheter, kognitiv fungering og fysisk helse blir påvirket (37, 38, 39). Det er på det rene at skadevirkningen av å ha vært vitne til vold mellom foreldrene er i samme størrelsesorden som når barnet selv er blitt mishandlet (38, 39), og slik vold kan også ha senvirkninger,

som større risiko for psykisk/somatisk sykdom, større tilbøyelighet til rusmisbruk, ekteskapskonflikter, mishandling av ektefelle og barn, og annen kriminalitet. På denne måten kan en si at volden nedarves i generasjoner (18). Dette skjer uavhengig av sosialøkonomisk status (40).

Det er uklart i hvilken grad Barnevernet kjente til den volden Naima ble utsatt for. Historien sier heller ikke noe om på hvilket grunnlag Barnevernet hadde aksjonert. Forskningen viser at det er gode grunner til at Barnevernet griper inn i en familie der volden har fått slikt spillerom som den hadde i Naimas tilfelle.

De profesjonelle i barnevernet kjente ikke til Naimas personlige problemer, og hun fikk ikke hjelp der heller. En venninne ble med henne til en allmennpraktiker og bad om at hun måtte få psykoterapi. Venninnen forklarte at Naima tidligere var blitt brent, at hun flere ganger var kommet til legevakten med alvorlige skader og at hun hadde hatt gjentatte senaborter som var blitt bortforklart med uhell. Derfor var hun nå deprimeret. Det kom da for en dag at alle disse skadene var beskrevet i allmennlegens journal. Likevel hadde ingen satt seg ned for å se sammenhengen i dette, og muligheten for vold var aldri blitt nevnt. Likevel, Naima fikk ikke henvisning til psykoterapi. Venninnen forsøkte så skaffe en psykolog privat, men fant ingen urdotalende psykolog, og Naima kunne ikke tenke seg å meddele seg til psykologen gjennom tolk. Slik gikk tiden uten at Naima fikk noen form for adekvat hjelp.

Det en her kan undres over er at Naima eller Seif ikke fikk hjelp for sine problemer, verken individuelt eller som familie. Det kan være at slik hjelp ikke ble etterspurt. Fryk-

Det kan se ut som at det eksisterer en uuttalt enighet mellom pasient og lege om at vold er noe man ikke snakker om.

ILLUSTRASJONSFOTO: KATHERINE EVANS

ten for å bli utstøtt, kombinert med lojalitet til familie og eget miljø og, videre, hengivenhet overfor dem som står en nær, kan virke som enorme barrierer når det gjelder å meddele sin situasjon til andre og søke hjelp (13). Særlig hensynet til barna kan gjøre at kvinnen bringes til taushet og blir handlingslammet – at hun i stedet for å søke hjelp bruker alle sine krefter på å holde ut og bli værende i forholdet. I Naimas tilfelle kan det være at slike forhold har vært kombinert med frykt for at tolken ikke skulle overholde sin taushetsplikt, men vi ser også en viss likegyldighet fra behandlerens side. Kanskje ville hun ha fått en annen respons om hun overfor legen kun hadde beskrevet sine psykiske plager og ikke selve bakgrunnen for at hun var så ute av seg.

Hva så med mannen? Allerede på 1980-tallet ble det vist at menn som tyr til vold i hjemmet ofte er betydelig deprimerede (36). Dette er senere bekreftet i flere studier, og det er videre påvist at voldelige ektemenn ofte selv har erfart eller vært vitne til vold i deres opprinnelige familie. Mange oppgir å ha kommunikasjonsvansker, og en del viser svekket evne til problemløsning – gjerne i tillegg til andre personlighetsforstyrrelser (41). Når det gjelder Seif kan det se ut til at han tilhørte en kategori mishandlere som bare utøvde vold overfor familien, og forskning viser at slike gjerne både har mer depressive symptomer og at de føler seg mer udugelige – ofte med et negativt selvbylde (42). Det kan være at menn har en tendens til ikke å reagere på sine deprimerte følelser med tilbaketrekning og taus fortvilelse, men med bråk og vold, stoffmisbruk eller «arbeidsnarkomani». Mange får derfor aldri riktig diagnose. Den amerikanske skribenten Andrew Solomon skriver i sin innsiktsfulle bok om «depresjonens demoner»:

Det å banke opp sin kone er selvfølgelig en uhensiktsmessig reaksjon på depresjon, men det er ofte tett sammenheng mellom disse symptomene... I de fleste av Vestens samfunn blir det regnet som kvinnelig å innrømme svakhet. Dette har negativ virkning på menn, det hindrer dem i å gråte, og gjør dem skamfulle hvis de opplever irrasjonell angst og nervøsitet. Konemishandleren, som tror at den eneste måten han kan eksistere på er ved å slå sin kone, har åpenbart kjøpt ideen om at emosjonell smerte er noe som krever handling, og at følelser som ikke blir fulgt opp av handling gjør ham til mindre av en mann. Det er svært uheldig at menn - som i ordets videste forstand oppfører seg dårlig, ikke får behandling med antidepressiva (17, s. 198).

Det er utenfor rammen av denne artikkelen å gå inn på medikamentell behandling



Opplevd vold lever enda sterkere når den ikke kan snakkes om. ILLUSTRASJONSFOTO: SARA HOFFMANN

av overgripere. Vi vil nøye oss med disse kommentarene for å vise at vold ikke skjer i et vakuum, at mange faktorer er involvert, hvorav noen trolig kan forebygges eller behandles, og at vold mellom ektefeller rammer hele familien, også overgripere.

Da barna var i sikkerhet hos Barnevernet, ble Naima skilt fra Seif. Så lenge det var barn hjemme, kunne hun ikke ta sjansen på det. Men hennes personlighet var blitt helt forandret. Fra å være en hyggelig, utadvendt og glad jente var hun nå blitt trist, reservert og mistenksom overfor andre mennesker. Det var som om noe hadde gått i stykker inne i henne. Hun tok ikke lenger kontakt med fremmede, snakket lite med andre og ville helst være i fred. Og når hun en sjelden gang var sammen med andre, så ble hun ofte svært utagerende og det hendte at hun slo til dem slik at de fikk blåmerker. Selv hadde hun opplevd så mye fysisk vold etter at hun ble gift at hun betraktet dette som en bagatell. Men så, etter at hun ble skilt, begynte hun å bli mobbet av andre kvinner. Det ble satt ut stygge rykter om henne, og etter hvert så hun som sin eneste utvei å finne en ny mann – som også viste seg å være voldelig.

Hva er det som gjør at en mishandlet kvinne har så vanskelig for å gå ut av et forhold hvor hun stadig mishandles og hvor hun blir syk og deprimert? Mange teorier er blitt foreslått, men de har vært vanskelig å bekrefte. Mens en stor del av mishandlere enten selv har vært mishandlet eller vært vitne til vold i hjemmet, ser ikke dette ut til i samme grad å gjelde mishandlede kvinner. Heller ikke ser det ut til at de som blir mishandlet er spesielt svake eller inkompetente. Noen kan være økonomisk avhen-

gige og ikke se muligheter for å forsørge seg selv og barna alene. Det forverres naturlig nok når kvinnen ikke snakker språket, ikke kjenner sine rettigheter og ikke minst dersom hennes innvandringsstatus er usikker. Andre kan tro at de etter hvert vil finne en måte å kontrollere mannen på slik at volden opphører – at de har vanskelig for å innse at volden ligger utenfor deres kontroll. Enkelte har vist seg å ha lav selvtillit og noen er rett og slett redd for hva overgriperen vil foreta seg dersom de forlater hjemmet. Det mest overbevisende funnet er imidlertid at svært mange lider av depresjon og/eller PTSD, og dette medfører at deres evne til å mobilisere de kreftene som er nødvendig for å gå ut av forholdet, visner hen (43).

I Naimas tilfelle ser det ut til at det var først når barna var i sikkerhet hos Barnevernet at hun kunne begynne å tenke på seg selv og sin egen fremtid. Så lenge barna var hjemme, måtte hun være der og beskytte dem. Kanskje var hun også redd for hva folk i hennes eget miljø ville si dersom hun skilte seg, noe det også ser ut til at hun hadde god grunn for. I asiatiske kulturer er ofte familiehensyn viktigere enn individuelle hensyn, og en kvinne som setter sine egne interesser foran familien og således skaper splid i miljøet, fordømmes lett. Kanskje var det da ikke bare egne tilbøyeligheter, men folkesnakket og ryktene som fikk henne til å velge en ny mann som hadde ry på seg for å være voldelig – en som var sterk, og som således kunne beskytte henne ved å spre frykt blant ryktesmedene og demme opp for rykteflommen.

Allmennlegens rolle

Vi kjenner ikke til tall fra Norge som viser hvor mange av dem som oppsøker legevakt eller allmennpraktiker som har vært utsatt for vold, men en amerikansk undersøkelse viste at 11,7 prosent av kvinner (med mannlig partner) som søkte øyeblikkelig hjelp, gjorde dette på grunn av at de var blitt utsatt for vold eller trusler. Bare i 13 prosent av tilfellene ble volden identifisert i klinikken, enten ved at de selv fortalte om det, eller at personellet spurte om vold (50). Videre viste en studie fra 13 allmennpraksiser i London at 41 prosent av pasientene hadde vært utsatt for partnervold en eller flere ganger i løpet av livet, 17 prosent i løpet av siste året. Blant dem som i undersøkelsen hadde rapportert om vold, var bare 17 prosent av tilfellene nedtegnet i legens journal (48). Det kan se ut som om svært mange helsearbeidere faktisk vegrer seg for å snakke om vold. For å gi et inntrykk av hva som her kan stå på spill, må vi, i mangel på norske undersøkelser, igjen ty til amerikanske (44). Ulike forhold fremheves:

❶ **Legen identifiserer seg (for) sterkt med pasienten.** 14 prosent av de mannlige legene og 31 prosent av de kvinnelige tilkjennegav at de var blitt misbrukt som barn, eller hadde opplevd vold fra en partner. Det er altså ikke uvanlig at leger er blitt utsatt for vold, og pasientens betretning kan aktivere legens egne, tidligere erfaringer. Dette krever en viss beskyttelse. På den annen side, dersom legen aldri selv har opplevd vold, er det få som tenker på at slikt kan ha rammet andre. I begge tilfeller kan det føre til at traumer bagatelliseres, og gjennom oppmuntrende tilrop som for eksempel: «Bare ikke bry deg noe om det!» læres vi opp til ikke å se. En slik funksjonell blindhet i forhold til vold i nære relasjoner kan for noen, i visse situasjoner, være en nødvendig overlevelsestrategi. Men når egne traumer settes til side, kan en heller ikke se at andre lider. Dette kan få tragiske utfall når vedkommende er satt til å behandle andre.

❷ **Legens frykt for å såre eller fornærme pasienten.** Forestillinger om hva som er for privat til at legen bør engasjere seg i det er kulturelt betinget, og kan bli spesielt følsomt når legen står overfor en person med annen kulturbakgrunn, særlig om legen føler seg usikker eller frykter for å bli kalt «rasist». For mange er det å etterspørre vold nærmest ensbetydende med å beskyldte pasientens partner for overgrep. Dessuten er det enkelte som mener at en ikke kan legge vekt på det pasienten forteller siden det som kom-

mer frem sjelden kan kontrolleres. Men her må det legges til at det å være interessert i pasientens erfaringer ikke er det samme som å verifisere dem.

❸ **Maktesløshet.** Å spørre om pasienten har opplevd vold blir sammenlignet med å «åpne Pandoras boks», og det er lett å føle seg maktesløs når en står overfor et så komplekst problem som vold i nære relasjoner er. Mange leger kan dessuten føle press på seg til at når problemet først er avdekket, er det opp til dem å gjøre noe med det. Men hvis det blir opp til legen å ta kontroll over situasjonen og løse pasientens problem, er det også lett å frustres når legens råd av ulike grunner ikke etterleves, eller når det viser seg pasienten er ute av stand til å kontrollere sine livsbetingelser, eller når residivene kommer.

❹ **Tidshensyn.** Å gå inn på pasientens vanskelige livssituasjon vil kreve tid, god tid, og ikke alle synes de kan bruke av sin knapt tilpassede tid til slikt. Mange nærer dessuten en feilaktig forestilling om at vold i hjemmet forekommer så sjelden at det å spørre om slikt slett ikke er bryet verdt (44, 45), eller at å invitere til slike diskusjoner vil være tidsspille.

De få som i denne undersøkelsen spurte pasientene sine om de hadde vært utsatt for vold, følte derimot dette som naturlig, kanskje først og fremst fordi de ikke så sin rolle som den som løser pasientens problemer, men som en som kan anerkjenne pasientens følelser, diskutere sikkerhetsforanstaltninger og eventuelt henvise pasienten til samarbeidspartnere med erfaring på feltet. De så også endringsprosessen i et lenger tidsperspektiv, noe som gjorde at makt og kontrollaspektet ble mindre fremtredende (44).

Hva kan allmennpraktikeren så gjøre?

Som allerede nevnt, selv om mange kvinner ønsker å snakke om sin situasjon, unnlater de å ta opp spørsmål om vold, dels av frykt for partneren, dels på grunn av skam, tradisjonelle kjønnsroller, frykt for at politi og myndigheter skal involveres, og videre frykt for at helsepersonell skal overreagere. I helsetjenesten står vi altså ofte overfor pasienter som er nølende til å søke hjelp og som gjerne holder tilbake informasjon, samtidig som helsepersonell vegrer seg for å stille spørsmål om vold i nære relasjoner. Det kan da se ut som om det eksisterer en uttalt enighet mellom pasient og lege om at vold er noe man ikke snakker om (49).

En undersøkelse viser imidlertid at når spørsmålet «Har din partner noen gang slått deg, sparket deg eller på noen annen

måte skadet deg?» ble stilt i et spørreskjema som pasientene selv fylte ut før konsultasjonen, økte antallet identifiserte voldsaker fra 0 til 11,6 prosent, og i alle de sakene hvor vold ble identifisert ble det rapportert om stor sykkelighet (46). Det viser seg at det er større sjans for at den voldsutsatte ber om hjelp hvis legen opptrer empatisk og oppmerksomt, likeså når pasienten fatter tillit til at legen vil respektere at hun selv må avgjøre hvordan hun skal forholde seg til sin situasjon (49). Det hjelper også om legen viser forståelse for den sosiale konteksten volden oppstår i, kvinnens unike behov, hennes frykt og bekymringer. Legen kan så støtte henne i å ta egne avgjørelser, styrke hennes selvtilit og oppmuntre hennes arbeid for å bedre situasjonen. Slik kan kvinnen få oversikt over sin egen situasjon og helsesenteret etableres som et trygt sted hvor hun kan henvende seg når trusselen om vold blir overhengende. Kunnskap om «ikke-voldelig kommunikasjon» (56, 57) vil også kunne være en viktig ressurs i slike sammenhenger.

Når det gjelder kvinner med sørsiasiatisk opphav, er det mange som først og fremst søker hjelp innenfor eget nettverk, gjerne inkludert overgriperens familie. De får da gjerne råd om å bli værende i ekteskapet, holde ut volden og arbeide seg igjennom problemene (16, 47). I slike tilfeller vil mestringsstrategier som matcher kulturelle normer og verdier – som for eksempel å roe ned situasjonen, dempe konfliktnivået og rette søkelys mot de positive sidene ved forholdet - kunne bidra til kvinnens opplevelse av velvære og være både mindre belastende og mer effektive enn å konfrontere partneren, søke hjelp fra utenforstående eller forlate situasjonen (16).

Om en kvinne likevel ønsker å forlate hjemmet, er det lite sannsynlig at hun får støtte fra sin familie eller i sitt sosiale miljø (14). Noen vil da trenge hjelp fra profesjonelle til å skille seg. Andre for å trygge seg selv og barna. For helsearbeidere kan det være uvant å tilby praktisk hjelp som for eksempel å ringe til politiet, fylle ut skjema, eller forholde seg til rettsvesenet for å oppnå beskyttelse, men i mange tilfeller er det nettopp slik hjelp kvinnene trenger. Dessuten er det viktig at de forstår lovverket. I mange tilfeller kan det være aktuelt å samarbeide med et krisesenter for kvinner. I Naimas tilfelle kan det se ut til at hun ikke hadde andre å henvende seg til enn sin venninne, selv om hun gjerne ville ha profesjonell hjelp. Og så snart barna var i trygghet, skilte hun seg, men opplevde da å bli ytterligere isolert, baktalt, og mobbet av andre kvinner. I noen tilfeller kan det også

være at kvinnen skiller seg fordi hun føler dyp skam og skyld for ikke å ha levd opp til egne forventninger.

Å bryte tausheten

Kvinner, som er blitt offer for vold i nære relasjoner, er ofte avhengige av familienettverket og de som er rundt. Erfaringene med å sende dem til krisesentre eller i terapi er da ikke alltid gode. En del etterspør terapeuter som snakker språket, som kan forstå deres situasjon og som kjenner til hvilke endringer de ulike minoritetsmiljøene gjennomgår i møte med sorsamfunnets krav og betingelser, men hvor finnes slike? Likevel, den opplevde volden lever enda sterkere når den ikke kan snakkes om (51), og mange får aldri snakket om slikt til sine nærmeste. Derfor er det viktig at profesjonelle hjelpere er villige til å lytte til henne.

Språkvansker kan gjøre det vanskelig for kvinnen å fortelle nyansert om volden, og i små miljøer er det ofte et problem å skaffe en tolk som ikke er en bekjent, eller som ikke kjenner overgriperen. Det må likevel være et krav at leger og andre hjelpere bruker profesjonell tolk, gjerne telefontolk (av hensyn til anonymiteten), og at legen under ingen omstendigheter tillater at man- nengang etter gang snakker for sin kone.

Dersom legen først sier litt om hvilken erfaring han har med slike tilfeller, vil dette kunne bidra til å åpne opp for videre dialog. Når pasienten fester lit til at det hun sier vil bli forstått, er det lettere å åpne seg. Det er da viktig at legen ikke forstår for fort, og at han underveis sjekker med pasienten: «Har jeg forstått dette riktig?». Da vil pasienten bli tryggere, og det vil være lettere for henne å komme frem med hvordan hun selv forstår situasjonen. Og, når legen slik tilkjenner en viss forvirring over hva pasienten forteller, vil pasienten gjerne si mer.

Pasientens historie er et genuint uttrykk for hvordan hun erfarer sin situasjon, og det er først når hun kan sette ord på sine erfaringer at hun kan begynne å se og få oversikt over sin egen situasjon. Før hun selv har forsøkt å forklare seg til andre, vil hun således neppe være klar for å lytte til andres synspunkter.

Selv om pasientens historie kan synes underlig eller til og med gal, er det derfor viktig at legen lytter på en åpen og ikke dømmende måte, at hennes historie blir trodd. Det hender selvsagt at enkelte pasienter forteller en historie som ikke er deres egen, kanskje i frykt for at deres egen skal bli misforstått eller at de skal tape ansikt. Likevel kan en gå ut fra at det de forteller på en eller annen måte er relatert til deres

egen historie, og dette kan ofte fungere som et godt utgangspunkt for videre samtale.

Når pasienten så kommer frem med sine forventninger om hjelp, blir det legens oppgave å forstå disse og ikke pushe pasienten lenger – aldri frata pasienten kontroll, men forsøke å forstå og anerkjenne pasientens unike behov. Som utenforstående vil vi ofte få tanker om hva den hjelpesøkende bør gjøre, men vi må da huske at å skape løsninger for andre kan virke mot sin hensikt – i verste fall føre til retraumatisering.

I denne sammenhengen er det viktig å huske på at ikke alle føler seg komfortable ved direkte øyekontakt. Mange er sågar oppdratt til ikke å se fremmede i øynene. Det kan da være en god idé å innrette seg slik at en ikke sitter rett overfor hverandre, men mer parallelt og slik at en ser i samme retning. Og for å vise empati kan en ty til støttende utsagn som for eksempel: «Jeg vet at du har en barnevernssak. Jeg har barn også, og jeg tror at ingen foreldre ønsker å miste sine barn. Derfor kan jeg føle noe av din smerte og slik til en viss grad forstå hva du strever med». Å tåle stillhet under samtalen er viktig, da dette kan signalisere at: «Vel, selv om jeg er profesjonell, er jeg et menneske jeg også, og jeg trenger tid for å kontrollere mine følelser». Vi tror det er en vei ut av volden, men først må folk oppleve hvor lett det kan være å snakke med noen, og hvor godt det gjør dem. Ikke alle vet det. Vi som har opplevd det, må da gjøre vårt beste for å spre budskapet.

REFERANSER

1. Krug, E.G., et al (2002) The world report on violence and health *The Lancet* Vol. 360, s. 1083–1088.
2. Campbell, J.C. (2002) Health consequences of intimate partner violence *The Lancet* Vol. 359, s. 1331–1336.
3. Blom, S. (2010) Sosiale forskjeller i innvandrers helse 2005/2006 Oslo: Statistisk sentralbyrå.
4. Morgan, C. et al (2010) Migration, Ethnicity, and Psychosis: Towards a Socio-developmental Model *Schizophrenia Bulletin* Vol. 36, No 4, s. 655–664.
5. Seltén, J-P, et al (2007) Migration and schizophrenia *Current Opinion in Psychiatry* Vol. 20, s. 111–115.
6. Lim, C. et al (2009) Psychosocial Factors in the Neurobiology of Schizophrenia: A Selective Review *Annals Academy of Medicine* 2009, Vol. 38, s. 402–7.
7. Dalgard, O.S. (2002) Psykiatrisk epidemiologi i Norge – et historisk tilbakeblikk *Norsk epidemiologi* Vol. 12, No. 3, s. 163–172.
8. <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/genetics-of-diabetes.html>.
9. WHO global consultation on violence and health (1996) *Violence: a public health priority (WHO/EHA/SPL.POA.2)* Geneva: World Health Organization.
10. James, S.E. (2003) The Violent Matrix: A Study of Structural, Interpersonal and Intrapersonal Violence among a Sample of Poor Women *American Journal of Community Psychology* Vol. 31, No. 1–2, s. 129–141.
11. Garcia-Moreno, C. et al (2006) Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO

- multi-country study of women's health and domestic violence. *The Lancet* Vol. 368, s. 1260–1269.
12. Koenig, M.A. (2003) Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: Individual and community level effects *Demography* Vol. 40, No. 2, s. 269–288.
13. Rasche, C.E. (1988) Minority Women and Domestic Violence: The Unique Dilemmas of Battered Women of Color *Journal of Contemporary Criminal Justice* Vol. 4, s. 150–171.
14. Menjivar, C. & Salcido, O. (2002) Immigrant Women and Domestic Violence—Common Experiences in Different Countries *Gender and Society* Vol. 16, No. 6, 898–920.
15. Bhuyan, R. et al (2005) «Women Must Endure According to Their Karma» Cambodian Immigrant Women Talk About Domestic Violence *Journal of Interpersonal Violence* Vol. 20, No. 8, s. 902–921.
16. Kasturirangan, A et al. (2004) The impact of culture and minority status on women's experience of domestic violence *Trauma, Violence & Abuse* Vol. 5, No. 4, s. 318–332.
17. Solomon, A. (2001/2014) *Depresjonens demoner, oversatt til norsk* av H. Grinde, Oslo: Forlaget Press.
18. Ehrensaft, M.K. et al (2003) Intergenerational Transmission of Partner Violence: A 20-Year Prospective Study *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 71, No. 4, s. 741–753.
19. Blom, S. og Henriksen, K. (2008) *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006* Oslo: Statistisk sentralbyrå.
20. Garcia-Moreno, C. et al (2005) WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response. Geneva: WHO.
21. Ho, C.K. (1990) An Analysis of Domestic Violence in Asian American Communities: A Multicultural Approach to Counseling Women & Therapy Vol. 9, No. 1–2, s. 129–150.
22. Naved, R.T. & Persson, L.Å. (2005) Factors associated with Spousal Physical V Against Women in Bangladesh Studies in Family Planning Vol. 36, No. 4 s. 289–300.
23. Raj, A. & Silverman, J. (2002) Violence Against Immigrant Women. The Roles of Culture, Context, and Legal Immigrant Status on Intimate Partner Violence *Violence Against women* Vol. 8, No. 3, s. 367–398.
24. Campbell, J.C. (2002) Health consequences of intimate partner violence *The Lancet* Vol. 359, s. 1331–1336.
25. Ellsberg, M. et al. (2008) Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study *The Lancet* Vol. 371 s. 1165–1172.
26. Resnick, H.S. et al. (2010) Health Impact on Interpersonal Violence 2: Medical and Mental Health Outcomes *Behavioral Medicine* Vol. 23, No. 2, s. 65–78.
27. Jejeebhoy, S.J. (1998) Association Between Wife-Beating and Fetal and Infant Death: Impressions from a Survey in Rural India. *Studies in Family Planning* Vol. 29, No. 3, s. 300–3008.
28. Silverman, J.G. et al (2007) Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women *BJOG* Vol. 114, s. 1246–1252.
29. Ahmed, S. et al (2006) Effects of Domestic Violence on Perinatal and Early-Childhood Mortality: Evidence From North India. *American Journal of Public Health*. Vol. 96 No 8, s. 1423–1428.
30. Burch, R.L. & Gallup, G.G. (2004) Pregnancy as a stimulus for Domestic Violence *Journal of Family Violence* Vol. 19, No. 4 s. 243–247.
31. WHO (2011) Intimate partner violence during pregnancy, WHO Information sheet.
32. Jasinski, J.L. (2004) *Pregnancy and Domestic Violence—A Review of the Literature* *Trauma, Violence & Abuse* Vol. 5, No. 1, s. 47–64.
33. Yost, N.P. et al (2005) A Prospective Observational

- Study of Domestic Violence During Pregnancy *Obstetrics & Gynecology* Vol. 106, No. 1 s. 61–65.
34. Pico-Alfonso, M.A. et al (2006) The Impact of Physical, Psychological, Sexual Intimate Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and suicide *Journal of Women's Health* Vol. 15, No. 5 s. 599–611.
 35. Fikree, F.F. & Bhatti, L.I. (1999) Domestic violence and health of Pakistani women *International Journal of Gynecology & Obstetrics* Vol. 65, 195–201.
 36. Maiuro, R.D. et al (1988) Anger, Hostility, and Depression in Domestically Violent Versus Generally Assaultive Men and Nonviolent Control Subjects *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 56, No. 1, s. 17–23.
 37. Kolbo, J.R. et al (1996) Children who Witness Domestic violence: A Review of Empirical Literature *Journal of Interpersonal Violence* Vol. 11, No. 2 s. 281–293.
 38. Kitzmann, K.M. et al (2003) Child witness to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 71, No. 2, s. 339–352.
 39. Wolfe, D.A. et al (2003) The effect of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-analysis and Critique *Clinical Child and Family Psychology Review* Vol. 6, No. 3 s. 171–187.
 40. Straus, M.A. & Schwarz, D.F. (1992) Children and Violence. Report of the Twenty-Third Ross Roundtable on Critical Approaches to Common P [http://scholar.google.no/scholar?q=\(r\)prosent09Children+and+Violence.+Report+of+the+Twenty-Third+Ross+Roundtable+on+Critical+Approaches+to+Common+P&hl=no&as_sdt=o&as_vis=1&oi=scholarit&sa=X&ei=t3OQU-G7HqGLyAPghoEw&ved=oCCIQgQMwAA](http://scholar.google.no/scholar?q=(r)prosent09Children+and+Violence.+Report+of+the+Twenty-Third+Ross+Roundtable+on+Critical+Approaches+to+Common+P&hl=no&as_sdt=o&as_vis=1&oi=scholarit&sa=X&ei=t3OQU-G7HqGLyAPghoEw&ved=oCCIQgQMwAA).
 41. Slep, A.M.S. & O'Leary, S.G. (2001) Examining Partner and Child Abuse: Are We Ready for a More Integrated approach to Family Violence? *Clinical Child and Family Psychology Review* Vol. 4, No. 2, s. 87–107.
 42. Chiffreller, S.H. et al (2006) Understanding a New Typology of Batterers: Implications for Treatment Victims and Offenders Vol. 1, s. 79–97.
 43. Rhodes, N.R. & McKenzie, E.B. (1998) Why Do Battered Women Stay? Three Decades of Research *Aggression and Violent Behavior* Vol. 3, No. 4, s. 391–406.
 44. Sugg, N.K. & Inui, T. (1992) Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence *JAMA* Vol. 152, No. 23, s. 3175–3160.
 45. Sugg N.K. et al (1999) Domestic Violence and Primary Care *Arch Fam Med*. Vol. 8, s. 301–306.
 46. Freund, K.M. et al (1996) Identifying Domestic Violence in Primary Care Practice *J Gen Intern Med* Vol. 11, s. 44–46.
 47. Yoshioka, M.R. et al (2003) Social support and disclosure of Abuse: Comparing South Asian, African American, and Hispanic Battered Women *Journal of Family Violence* Vol. 18, No. 3 s. 171–180.
 48. Richardson, J. et al (2002) Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care *BMJ* Vol. 324, s. 1–6.
 49. Rodrigez, M.A (1996) Breaking the Silence – Battered Women's Perspectives on Medical Care *Arch Fam Med* Vol.5, s. 153–158.
 50. Abbott, J. et al (1995) Domestic Violence Against Women—Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population *JAMA* Vol. 273, No. 22, s. 1763–1767.
 51. Kallivayalil, D. (2010) Narratives of suffering of south Asian Immigrant survivors of Domestic Violence against Women Vol. 17, No. 7, s. 789–811.
 52. Tittle, C.R. (2004) Refining control balance theory *Theoretical Criminology* Vol. 8, No. 4, s. 395–428.
 53. Braithwaite, J. (1997) Charles Tittle's Control Balance and criminological theory *Theoretical Criminology* Vol. 1, No. 1 s. 77–97.
 54. Piquero, A.R. & Hickman, M. (2003) Extending Tittle's control balance theory to account for victimization *Criminal Justice and Behavior* Vol. 30, No. 3, s. 282–301.
 55. Kashani, J.H. (1992) Family Violence: Impact on Children *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* Vol. 31, No. 2, s. 181–189.
 56. Infante, D.A. et al (1989) Test of an argumentative skill deficiency model of interspousal violence *Communication monographs* Vol.56, No. 2, s. 163–177.
 57. <http://www.iu.folkehogskole.no/sites/i/iu.folkehogskole.no/files/c918374d75db8c71091e5fa617b6c9a3.pdf>.

■ A.AA.NAKMI.NO