



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Seksuelt misbruk av barn

I debatten omkring Einar Kringlens artikkel i Tidsskriftet nr. 2/2002 (1) om seksuelt misbruk av barn, henviser forfatterne (1–4) til en studie av amerikansk collegeungdom som tyder på at skadevirkningene er mindre enn vanligvis antatt (3).

Mitt spørsmål til forfatterne er følgende: Er det ikke en grov feilkilde å bruke en så ung populasjon til å konkludere i forhold til dette? For mange kommer jo de emosjonelle skadevirkningene av dette først til overflaten et stykke ut i 20-årsalderen eller kanskje til og med i 30-årsalderen. For undertegnede ville en studie av 30–35-åringene virket mer troverdig i forhold til denne problematikken, som uansett innebærer mye subjektiv lidelse.

Heidi Ranvik Jensen
Mandal

Litteratur

1. Kringlen E. Seksuelle overgrep, gjenvunnet hukommelse og multipl personlighetsforstyrrelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 202–8.
2. Halvorsen JS. Hvor skadelig er seksuelt misbruk for et barn? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1086–9.
3. Kringlen E, Høglend P. Seksuelt misbruk av barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2918.
4. Halvorsen JS. Seksuelt misbruk av barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2918.

E. Kringlen & P. Høglend svarer:

Heidi Ranvik Jensen antyder at alderen til collegepopulasjonen representerer en grov feilkilde. Vi har ikke sett noen vitenskapelige publikasjoner som har vist at sammenhengen (korrelasjonen) mellom seksuelle overgrep og emosjonelle forstyrrelser blir sterkere med høyere alder.

Einar Kringlen
Per Høglend
Psykiatrisk institutt
Universitetet i Oslo

Psykisk traumatiserte

Ellinor Major gjør i Tidsskriftet nr. 19/2003 rede for utviklingen av Prosjekt traumatisk stress, som Statens helsetilsyn tok initiativ til i år 2000 (1). Den sentrale idé er å kartlegge spisskompetansen innen behandling av psykisk traumatiserte mennesker som finnes i Norge.

Jeg stiller meg undrende til to sentrale fenomener i Majors tekst. For det første er

studien og den sentrale ideens underliggende premiss en forestilling om «rene» psykiske traumer, det vil si traumer som bare affiserer den krenkede personens emosjonelle liv, identitet eller selvforståelse. Definisjonen av personer som oppfattes som psykisk traumatiserte, er «mennesker som har vært direkte utsatt for livstruende traumer eller påkjenninger som ulykker/katastrofer, vold, seksuelle overgrep og krigspåkjenninger» (1). Hvordan skal man kunne tenke om mennesker uten å tenke at de forannevnte erfaringer har involvert dem som kroppslige vesener, som vesener som er til i kraft av å være sitt kroppslige jeg?

Major skriver også at en av studiens formål er å klarlegge hvordan og hvor mye behandlingssenheter for psykisk traumatiserte samarbeider med den somatiske primær- og spesialisthelsetjenesten. Somatiske skader betraktes her åpenbart som den virkningen av traumet som affiserer den krenkede personens materialitet. Et slikt syn har som underliggende premiss at kroppen ikke er skadet så sant dens vevs- og organstrukturer ikke er skadet. Dette syn representerer en dualistisk tankegang som medisinsk sett ikke lenger er holdbar.

Felitti og medarbeidere publiserte i 1998 den første av 20 artikler om helseproblemer blant mennesker som opplevde ulike krenkelsener som barn (2). I de påfølgende delstudier viste forfatterne at tidlige traumer er assosiert med mange alvorlige helseproblemer. Under overskriften *Turning gold into lead* beskrev Felitti i 2002 essensen slik: Studien tyder på at mye av hva man anerkjenner som vanlig i voksenmedisinen er resultatet av hva man ikke erkjenner i barndommen (3). Epidemiologiske funn tyder på at tidlig krenkelse senere både gjør syk og tar liv (4). Men studien kan ikke si noe gyldig om *hvordan*.

En forståelse av den destruktive kraften som bor i traumatisk erfaring kan ikke oppnås innenfor en dualistisk referanseramme om mennesket og med en reduksjonistisk metodologi for kunnskapsproduksjon. Jeg håper at de sentrale aktører i Prosjekt traumatisk stress bidrar til at kunnskap om senvirkninger av traumer blir et forstørrelsesglass som viser det uholdbare i et todelt helsevesen.

Anne Luise Kirkengen
Oslo

Litteratur

1. Major EF. Behandling av psykisk traumatiserte i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2709–12.
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. Am J Prev Med 1998; 14: 245–58.
3. Felitti VJ. The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold into lead. Z Psychosom Med Psychother 2002; 48: 359–69.
4. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. Prev Med 2003; 37: 268–77.

E.F. Major svarer:

Jeg takker Anne Luise Kirkengen for innlegget. Kirkengen påpeker at den sentrale ideen i Prosjekt traumatisk stress er å kartlegge spisskompetansen innen behandlingen av psykisk traumatiserte. Dette er bare delvis riktig – prosjektet omhandler først og fremst organisering av kompetanse på volds- og traumefeltet (nasjonalt, regionalt og lokalt), samt utredning av og forslag til helsetjenester til psykisk traumatiserte (1, 2).

Kirkengen påpeker videre to relevante problemstillinger vedrørende kartleggingen av psykisk traumatiserte (2). For det første nevner hun at man i kartleggingen har som underliggende premiss en forestilling om «rene» psykiske traumer. Dette medfører ikke riktighet. De fleste vil være enige i at mange psykiske traumer også kan ha et biologisk substrat, og at slike traumer kan føre til somatiske senfølger – på samme måte som somatiske traumer kan få psykiske følgetilstander. Definisjonen av psykisk traumatiserte i foreliggende artikkel omfatter i de fleste tilfeller personer som har vært utsatt for både psykiske og somatiske traumer (for eksempel personer utsatt for grov vold og tortur). Felles for dem er imidlertid at mange traumatiserte behandles innen psykisk helsevern. Vi forholder oss altså ikke til «rene» psykiske traumer, men til traumer som med stor sannsynlighet kan føre til psykiske og/eller somatiske senskader.

Kirkengen påpeker for det andre et annet interessant poeng: samhandling mellom psykiatri og somatikk. Ifølge Kirkengen har man igjen et underliggende premiss: nemlig at «kroppen ikke er skadet så sant dens vevs- og organstrukturer ikke er skadet». Dette representerer en dualistisk tankegang. Jeg vil understreke at det motsatte er tilfelle