

Mange er tause om seksuelle overgrep

Konsekvensene av å fortelle om seksuelle overgrep kan være så belastende i mange Afrikanske land, at kvinnene ikke våger å snakke om det. Også for afrikanske kvinner i Norge kan dette være et problem.



Av Kristin Trane, faglig rådgiver i nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Napha

I følge WHO har omkring 20 % av verdens kvinner vært utsatt for seksuelle overgrep som barn (1), men det finnes ingen pålitelige globale tall for forekomsten av overgrep mot barn. Data mangler fra mange land, spesielt fra land med dårlig eller middels dårlig økonomi.

Omfanget av seksuelle overgrep i Afrika vil variere, blant annet ut fra om landet er i krigstilstand eller ikke. Seksuelle overgrep har vært et ledd i krigføring blant annet i Liberia (2), Kongo (3), Sierra Leone (4), Tsjad (2) og Uganda (5). I en studie fra 2004 ansås det at så mange som 60–70 % av kvinnene i Liberia ble utsatt for en eller annen form for seksualisert vold under krigen (6). Kvinner og barn er spesielt utsatt ved krigshandlinger rettet mot sivile (7). Det kan dreie seg om systematiske voldtekter og overgrep fra soldater og politi i forbindelse med arrestasjoner, avhør og tortur.

I likhet med vestlige land blir kvinner og barn også i Afrika utsatt for seksuelle overgrep i nær familie og nettverk.

Jordmødre møter i sin yrkesutøvelse både norske og afrikanske kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep. I forbindelse med svangerskapsomsorgen blir de gravide spurt om sensitiv informasjon, blant annet om vold og overgrep. Det er den gravide selv som bestemmer hva og hvor mye hun vil fortelle. Hos gravide er det spesielt viktig å spørre om tidligere overgrepsopplevelser. Graviditet og fødsel kan reaktivere minner fra tidligere overgrep (8), som igjen kan gi fysiske og emosjonelle reaksjoner som verken den gravide/fødende eller jordmoren har en åpenbar forklaring på. Ved å spørre direkte åpner jordmor opp for muligheten

til å snakke om erfaringer. Studien til Stene fra 2011 (9) viser at det tar gjennomsnittlig 17 år fra norske kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep, forteller det til noen. Følelsen av skam, skyld, lojalitet, frykt for ikke å bli trodd og redsel for å ødelegge for andre kan gjøre det vanskelig å fortelle om disse opplevelsene.

Jordmødrene bør være oppmerksom på at hos afrikanske kvinner kan det være ytterligere faktorer som påvirker om de vil fortelle om overgrep enn hos de norske gravide. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at selv om den overgrepsutsatte gravide ikke forteller om sine opplevelser kan svangerskap, fødsel og barseltid trigge minner om tidligere traumatiske opplevelser.

Hensikten med denne artikkelen er å løfte frem noen faktorer som kan gjøre det særlig vanskelig for afrikanske kvinner å fortelle om sine overgrepserfaringer.

Kvinnens definering av seksuelle overgrep

Tvangsekteskap er et fenomen som forekommer i mange afrikanske land, og jenter helt ned til 10–11 årsalderen blir giftet bort. Unge jenter som må gifte seg med eldre menn, er ikke uvanlig flere steder i Afrika. I slike ekteskap utsettes jentene ofte for voldtekter, og jentene kan fortelle om samleier før de kom i puberteten og om svært smertefulle seksuelle opplevelser (10). Jordmødre må være oppmerksomme på at å bli giftet bort i ung alder ofte innebærer å bli utsatt for seksuelle overgrep, uansett om vedkommende selv definerer sine erfaringer som overgrep.

Afrikanske kvinner som blir voldtatt av sine



VEKKER MINNER:
Graviditet kan vekke
vonde minner om seksu-
elle overgrep i barndom-
men. Illustrasjonsfoto:
Scanpix/Microstock.

ektemenn definerer ofte ikke tvang til sex som seksuelle overgrep. En studie fra 2010 (11) viste at mange mente at gifte kvinner ikke har rett til å si nei til sex i ekteskapet og at en kvinne ikke kan hevde å ha blitt voldtatt av sin ektemann. Følgelig ser mange kvinner på det å si nei til sex i ekteskap som en rettighet de ikke har. I en studie blant universitetsstudentene i Ghana ble deltakere spurt om de mente at voldtekt i ekteskapet bør kriminaliseres. 21,6 % var positive til kriminalisering, mens 78,4 %, mest mannlige studenter, var mot kriminalisering (12). Ut fra dette kan en kvinne som har opplevd voldtekt i ekteskap, svare nei til jordmors spørsmål om å ha vært utsatt for overgrep til tross for at en etter norsk lovverk vil definere det som det.

I enkelte afrikanske land lever fortsatt troen på at «jomfrusex» kan kurere hiv og aids. I en undersøkelse blant skoleelever i Sør-Afrika rapporterte 13 % av deltakerne at de trodde på denne myten (13). Dette kan være med på å øke omfanget av

overgrepene og også påvirke kvinnenes definisjon av overgrep.

Tap av verdi og status

Hvis den gravide eller fødende tror at hennes verdi og anseelse i andres øyne kan bli redusert ved å fortelle om seksuelle overgrep, kan det være med på å hindre kvinnen i å gjøre dette. I enkelte land, for eksempel Somalia og Burundi, tier kvinnene ofte om seksuelle overgrep av frykt for å bli stigmatisert (14). I enkelte områder er det også vanlig at jenter og kvinner blir giftet bort til ens overgriper etter en voldtekt. Dette gjøres ofte for å unngå skandale og for å oppnå materielle fordeler. En kvinnes verdi som potensiell brud kan også bli redusert som følge av at voldtekten blir kjent. Mange blir også forvist av sin mann og familie. Dette gjelder blant annet i Liberia (6), Burundi (14), Somalia (15) og Kongo (16). Denne kompleksiteten kan gjøre skam- og mindreverdighetsfølelsen hos disse kvinnene større og kan påvirke kvinnenes vilje til å fortelle om overgrep til jordmødre.

BARN ER UT-SATT: Omkring 20 prosent av verdens kvinner har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. For mange afrikanske kvinner er det en særdeles stor belastning å fortelle om dette til andre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



«I enkelte land lever troen på at jomfrusex kan kurere hiv og aids.»

Det «onde øyet» og følelser som skam og skyld

Troen på det «onde øyet» eksisterer blant millioner av mennesker, spesielt i Nord-Afrika (17). Dette handler om at et menneske i kraft av blikket kan påføre andre blant annet sykdom eller død. Enkelte tror at man kan få det «onde øyet» gjennom å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Hvis den gravide tror at jordmødrene i Norge også tror på det onde øyet, kan dette være et hinder til og fortell om overgrep. Kvinnen kan bli redd for miste relasjonen til jordmoren slik at jordmor ikke vil hjelpe henne gjennom svangerskapet og fødselen.

Mange opplever skam- og skyldfølelser etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Disse følelsene kan kvinnen også ha etter å ha fått fistula. Dette kan igjen hindre kvinnen i å fortelle om overgrepene til jordmor. Fistula er en unormal åpning mellom blære og vagina eller mellom endetarm og vagina. Fistula forekommer ofte i forbindelse med en langvarig fødsel, men det har vært rettet lite oppmerksomhet på at også grove seksuelle overgrep kan medføre fistula. Man anslår at 30000–130000 nye tilfeller av fistula forekommer hvert år i Afrika (18). Man kan anta at cirka 35 % av disse skyldes vold og seksuelle overgrep (19). Spesielt i Kongo og Niger er fistula omtalt i forbindelse med seksuell vold (3,20). Mange ser på fistula som straff fra gud for dårlig seksuell oppførsel og dette kan igjen øke følelsen av skyld, som igjen gjør det vanskelig å fortelle om overgrep. Det er flere afrikanske land, blant annet Etiopia, Uganda, Tanzania, Sudan og Liberia som har laget en plan for å kartlegge, forebygge og behandle både obstetriske fistula og fistula oppstått i forbindelse med seksuelle overgrep og vold (19). Med tanke på blant annet forestående fødsel er det viktig for jordmor å vite hvis kvinnen har hatt en fistula og hvorfor den oppsto.

Det å snakke om vonde opplevelser

I Norge legger man i stor grad opp til at man i svangerskapsomsorgen snakker om tidligere livs-feringer.

I flere afrikanske land blir det å snakke om

vonde opplevelser sett på som unødvendig eller skadelig og at ved å fortelle om sin smerte åpner man opp døren for ødeleggende krefter (21). Slike tanker vil kunne skape frykt for å fortelle om vonde opplevelser og kvinnen svarer benektende til jordmors spørsmål om tidligere overgrepserfaringer.

Det å glemme eller «aktiv glemming» er også en måte å takle kriser på, og denne mestringsstrategien brukes i flere afrikanske land. I enkelte regioner er sorg ensbetydende med å gjøre krav på «guds eiendom» – man klager i stedet for å be i takknemlighet. Noen tror at dette kan provosere gud og at man mister hans beskyttelse (21).

Tilbud om svangerskapsomsorg

I flere afrikanske land er kvinnene vant til en annen type svangerskapsomsorg eller at det ikke finnes tilsvarende hjelpetilbud som i Norge. En studie fra 2006 (22) blant cirka 1000 liberiske kvinner viste at omkring 60 % hadde opplevd seksuelle overgrep, men bare 11 % hadde mottatt profesjonell samtalestøtte. Det å komme til et land hvor dette finnes er positivt, men mange har problemer med å skaffe seg oversikt over hvordan systemene fungerer. Dette kan oppleves komplisert og ukjent for afrikanske kvinner og de trenger hjelp til å komme videre i hjelpeapparatet.

Trygghet er følgende avgjørende i møtet med kvinnen og jordmoren. Det er viktig å være oppmerksom på at mange av flyktningene er traumatiserte og har vanskeligheter med å opparbeide tillit til helsepersonell generelt. Det at den overgrepsutsatte kvinnen kan fortelle sin historie i trygge omgivelser er også en form for intervensjon. Disse kvinnene trenger opplevelsen av å bli trodd, forstått og ikke dømt (23). Jordmoren må evne å formidle kvinnen at hun har troen på henne og ser hennes ressurser.

Mange kvinner som har opplevd seksuelle overgrep opplever ulike typer psykiske problemer. Det å ikke ha kjennskap til eller gjenkjenne egne psykiske vansker kan være med på å gjøre at kvinner ikke forteller om seksuelle overgrep. Det kan være



viktig for jordmoren å gi kvinnen informasjon om årsaker som kan ligge bak psykiske plager, eventuell engstelse og reaksjoner under svangerskap og fødsel og om hensikten med å fortelle om vonde opplevelser. Denne informasjonen kan gi disse kvinnene muligheten til å forstå at deres reaksjoner er normale reaksjoner på det vonde de har opplevd.

I jordmødrenes møte med afrikanske kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep er ofte de samme faktorene viktige som i møtet med norske kvinner med overgrepsopplevelser. Det er vanlig å vektlegge kulturforskjellene i for stor grad slik at man tenker at alt er annerledes og fremmed (24). Dette må en være oppmerksom på i møtet med afrikanske gravide kvinner. En må alltid ha med seg det faktum at vi mennesker i ulike deler av verden har større likheter enn forskjeller. Kvinner kan imidlertid bære på historier som de aldri har delt med noen, historier som kan gjøre et svangerskap og en fødsel svært vanskelig. Det å møte disse

kvinnene med respekt og kunnskap vil kunne gjøre en stor forskjell for den enkelte kvinne, og det vil kunne gjøre en fødsel til en god opplevelse i stedet for et traume. Den enkelte jordmor kan bety denne forskjellen. ■

Referanser:

1. WHO. Child maltreatment. 2010.
2. Solhjell R. Sexualised violence in war and conflict: a qualitative mapping study of Norwegian capacities, potential and challenges. Noref report 2010.
3. Onsrud M, Sjøveian S, Luhirri R, Mukwege D. Sexual violence-related fistulas in the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008;103(3):265-9.
4. Gisleen K. A childhood lost? The challenges of successful disarmament, demobilisation and reintegration of child soldiers: the case of West Africa. Nupi report 2006.
5. Kinyanda E, Musisi S, Biryabarema C, Ezati I, Oboke H, Ojiambo-Ochieng R, Were-Oguttu J, Levin J, Grosskurth H, Walugembe J. War related sexual violence and its medical and psychological consequences as seen in Kitgum, Northern Uganda: A cross sectional study. *BMC International Health Human Rights* 2010;10(28).
6. Schia NN, De Carvalho B. Nobody gets justice here! Nupi report 2010.
7. Dahl S. Flyktningen I psykiatrisk/psykologisk behandling. Psykoterapeutisk arbeid med traumatiserte flyktninger. I: Dahl S, Sveaass N, Varin S, red. Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger–veileder, 30–35. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Oslo: 2006.
8. Frandsen LM. At blive mor. Misbrugte kvinders problemer og behov for hjelp. Danmark: Servicestyrelsen;2008.
9. Stene I. Nyere forskning på seksuelle overgrep–betydningen av tilbudet til mennesker som er utsatt. Innlegg på landskonferanse for sentre mot incest og seksuelle overgrep. Trondheim: 2011.
10. Ouattara M, Sen P, Thomson M. Forced marriage, forced sex: the perils of childhood for girls. *Gender and development*. 1998;6(3):27-33.
11. Råssjø EB, Kiwanuka R. Views on social and cultural influence on sexuality and sexual health in groups of Ugandan adolescents. *Sexual and Reproductive healthcare*. 2010;(4):157-62.
12. Adinkrah M. Criminalizing Rape Within Marriage: Perspectives of Ghanaian University Students. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2011;55:982. DOI: 10.1177/0306624X10371800. 1 June 2010.
13. Anderson N, Ho-Foster A, Matthis J, Marokoane N, Mashiane V, Mhatre V, Mitchell S, Mokoena T, Monasta L, Ngxowa N, Salcedo MP, Sonnekus H. National cross sectional study of views on sexual violence and risk of HIV infection and AIDS among South African school pupils. *British Medical Journal* 2004;329(7472):952.
14. Landinfo. Burundi: vold og seksuelle overgrep mot kvinner. 2010.
15. Hellen M. Arbeid med kvinner utsatt for seksuelle overgrep i et fler kulturellt perspektiv. Innlegg på landskonferanse for sentre mot incest og seksuelle overgrep. Trondheim:2011.
16. Duroch F, McRae M, Grais R. Description and consequences of sexual violence in Ituri province Democratic Republic of Congo. *BMC International Health and Human Rights* 2011;19(11):5.
17. Berger AS. The evil eye–An ancient superstition. *Journal of Religion and Health*;2011. DOI 10.1007/s10943-001-9493-5.
18. Wall I. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public health problem. 2006;Lancet 368(9542):1201-9.
19. Traumatic Gynecologic Fistula: A consequence of Sexual Violence in conflict settings. *Acquire Report* 2006.
20. Ekenze SO, Nwagha UI, Ezomike UO, Obasi AA, Okafor DC, Nwankwo EP. Management of sexual assault-related large rectovaginal fistula in an eight-year-old. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2011;24(2):39-41.
21. Nordanger D, Mjaaland T, Lie G. PTSD og konfrontering av traumer i et kulturellt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2006;43(12):1292-1299.
22. Sidenvall M. Inbördeskriget i Liberia slog særskilt hårt mot kvinnorna. *Klinikk och vitenskap* 2006;8(103):541–542.
23. Dahlø R, Laache I. Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer. En veileder for helsepersonell. Kristiansand:Høyskoleforlaget;2010.
24. Skogøy E. Arbeid med voldsutsatte kvinner med minoritetsbakgrunn.