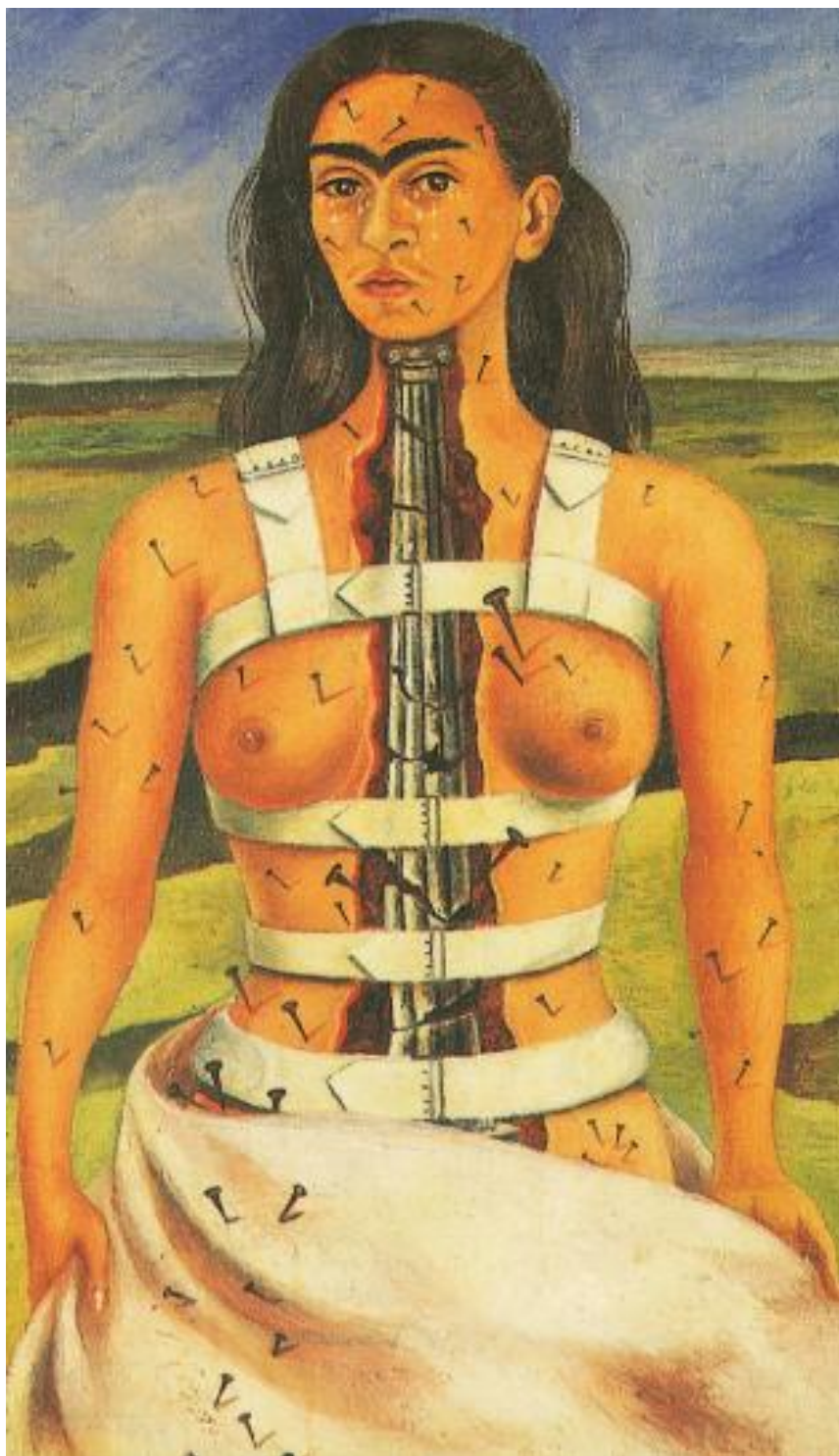


KVINDERS ERFARINGER MED SEKSUELLE OVERGREB I BARNDOMMEN, FUNKTIONELLE LIDELSER OG MØDET MED SUNDHEDSVÆSENET



Frida Kahlo: La columna rota (The broken column) 1944

MASTERAFFHANDLING VED
MASTERUDDANNELSEN I
SEXOLOGI
AALBORG UNIVERSITET
KRISTINE AABOE ALBRECHTSEN
(20231987)
LOUISE TOLNOV
(20231990)
VEJLEDER PROFESSOR
CHRISTIAN GRAUGAARD
MAJ 2025
ANTAL ANSLAG 132.015

”Men hysterien har aldrig været saga blot. Den lever videre under andre navne og antager udtryk, der er særlige for hver tidsalder. Stadig er konversionen af psykiske tilstande til fysiske smerter et værn og en flugt ind i sygdommens skyldfrihed”.

I maleriet ser vi kunstneren med blottet krop og åbent bryst, hendes rygsøjle erstattet af en brækket, antik søjle. Kroppen er gennemboret af søm og holdes sammen af et stift korset, mens tårerne løber ned ad kinderne. Maleriet kan ses som en skildring af ubærlig smerte – fysisk, psykisk og eksistentiel – men også en stille protest mod den tavshed, der ofte omgiver kvinders lidelse. Kahlos billede bliver et visuelt vidnesbyrd om, hvordan traumatiske erfaringer sætter sig i kroppen og kommer til udtryk i det kropslige sprog, når ordene ikke slår til.

Vi har også valgt at trykke citatet fra Lise Norups (1956-) bog *Hysteriens tid* (2013), idet citatet indfanger, hvordan man til alle tider har kendt til funktionelle tilstande, men blot sproget og forståelsen af lidelsen har ændret sig. Når seksuelle overgreb i barndommen senere manifesterer sig som fysisk lidelse, kan sygdommen blive en ubevidst måde for kvinden at søge beskyttelse og slippe for skyld. Kroppen taler dér, hvor psyken ikke magter at sætte ord.

Indholdsfortegnelse

1 Abstracts	1
1.1 English abstract.....	1
1.2 Dansk abstrakt	1
2 Indledning	3
2.1 Initierende undren	3
2.2 Historisk indflyvning	3
3 Baggrund	5
3.1 Seksuelle overgreb i barndommen	5
3.1.1 Epidemiologiske data	6
3.1.2 Senfølger	8
3.1.3 Ætiologi.	8
3.1.4 Behandling	10
3.2 Funktionelle lidelser.	11
3.2.1 Diagnose	11
3.2.2 Epidemiologiske data	13
3.2.3 Ætiologi	13
3.2.4 Behandling	17
3.3 Sammenhængen mellem seksuelle overgreb i barndommen og funktionelle lidelser	19
3.4 Viden om behandlerens evne til at tale om seksuelle overgreb.....	20
4 Problemformulering og forskningsspørgsmål	21
4.1 Forskningsspørgsmål.....	21
5 Materiale og metode	22
5.1 Videnskabsteoretisk afsæt.....	22
5.2 Litteratursøgning	22
5.3 Metode til dataindsamling.....	23
5.3.1 In- og eksklusion	23
5.3.2 Rekruttering.....	24
5.3.3 Interview.....	24
5.4 Ethiske overvejelser	24
5.5 Analyse af data	26
6 Resultater	27
6.1 Præsentation af informanter	27
6.2 Kvindens opfattelse af sammenhæng mellem traume og fysiske symptomer	30
6.3 Mødet med sundhedsvæsenet	31
6.4 Ønsker til sundhedsvæsenet.....	34

6.5 Reaktioner på overgrebet	35
6.6 Relationelle forhold	37
6.7 Opvækst	38
7 Diskussion.....	39
7.1 Baggrundsviden om sammenhængen mellem funktionelle lidelser og CSA	40
7.2 Diskussion af resultater	41
7.2.1 Kvindens opfattelse af sammenhæng mellem traume og fysiske symptomer	41
7.2.2 Mødet med sundhedsvæsenet.....	42
7.2.3 Reaktioner på overgrebet.....	44
7.2.4 Relationelle forhold	45
7.2.5 Opvækst	45
7.2.6 Ønsker til sundhedsvæsenet	46
7.3 Styrker og svagheder.....	47
8 Konklusion.....	49
9 Perspektivering	50
9.1 Den kliniske hverdag.....	50
9.2 Fremtidig forskning	51
Taksigelse	52
Referenceliste	53
Bilag	55
Bilag 1 – Informationsbrev	55
Bilag 2 – Samtykkeerklæring	56
Bilag 3 – Interviewguide	57

1 Abstracts

1.1 English abstract

Background: Childhood Sexual Abuse (CSA) represents a major public health issue and is associated with severe and long-lasting consequences in adulthood. These include psychological, somatic, and relational difficulties such as anxiety, depression, PTSD, suicide attempts, substance abuse, and personality disorders. Research also suggests a link between CSA and functional disorders, which affect approximately 10% of the Danish population, with a higher prevalence among women. The causes of functional disorders are complex, involving biological, psychological and social factors. There is limited knowledge about how CSA specifically influences the treatment of functional disorders, and many physicians report difficulties in addressing CSA with patients, potentially leading to inadequate care. **Method:** This study employed a qualitative approach using semi-structured interviews and a literature review across interdisciplinary databases. Interviews were conducted with four women who had experienced CSA before the age of 16 and later developed functional disorders. Participants were recruited from two general practices, and interviews were conducted in person to ensure a safe and trusting environment. The data were analyzed using a phenomenological and hermeneutic approach, identifying central themes through iterative readings. **Results:** Participants described a clear connection between their early trauma and later physical symptoms. Several reported that it was not until they encountered health professionals that they began to understand this link—particularly within trauma-informed treatment settings. They also expressed a general sense of insufficient awareness and knowledge within the healthcare system. **Conclusion:** The study highlights how women with functional disorders and a history of CSA understand their illness trajectories and experiences with healthcare services. Findings point to a need for improved trauma awareness and systematic screening in treatment settings. A more holistic and trauma-informed approach is needed to provide adequate support and care.

1.2 Dansk abstrakt

Baggrund: Seksuelle overgreb i barndommen (Childhood Sexual Abuse, CSA) udgør et betydeligt folkesundhedsproblem og er forbundet med alvorlige, langvarige senfølger i voksenlivet. Disse omfatter psykiske, somatiske og relationelle problemer, herunder angst, depression, PTSD, selvmordsforsøg, misbrug og personlighedsforstyrrelser. Forskning viser desuden en sammenhæng mellem CSA og funktionelle lidelser, som rammer cirka 10 % af befolkningen i Danmark – med en overrepræsentation af kvinder. Årsagerne er komplekse og involverer biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Der er begrænset viden om, hvordan CSA specifikt påvirker behandlingen af funktionelle lidelser, og mange læger finder det vanskeligt at inddrage temaet i patientkontakten, hvilket kan føre til manglende hjælp og støtte. **Metode:** Studiet anvender en kvalitativ tilgang med semistrukturerede interviews og en litteratursøgning i tværfaglige databaser. Interviews blev gennemført med fire kvinder, der havde været udsat for seksuelle overgreb før 16-årsalderen og senere udviklet funktionelle lidelser. Deltagerne blev rekrutteret fra to almen praksis, og interviewene blev udført personligt for at sikre tryghed. Data blev analyseret med en fænomenologisk og hermeneutisk tilgang, hvor centrale temaer blev identificeret gennem iterativ læsning. **Resultater:**

Deltagerne beskrev en tydelig sammenhæng mellem deres tidlige traumer og deres senere fysiske symptomer. Flere nævnte at forståelsen heraf først opstod i mødet med professionelle, særligt i behandlingsforløb med fokus på traumer. Der blev også udtrykt en oplevelse af manglende viden og opmærksomhed fra sundhedsvæsenets side. **Konklusion:** Studiet belyser, hvordan kvinder med funktionelle lidelser og CSA-erfaringer forstår deres sygdomsudvikling og mødet med sundhedssystemet. Der er behov for større traumeopmærksomhed og systematisk opsporing i behandlingsforløb. En mere helhedsorienteret og traumeinformeret tilgang efterspørges for at sikre relevant støtte og behandling.

2 Indledning

2.1 Initierende undren

Den praktiserende læges hverdag er alsidig og varieret. Man møder alle slags mennesker med mange forskellige livshistorier. Man sidder på første række til det levede liv med alle dets små og store problemer, livshændelser og kriser. Noget af det, som vi til stadighed fascineres af, er de mange måder, sindet og kroppen kan opføre sig på. Mange af de symptomer og den adfærd vi møder, kan vi forstå med vores lægefaglige baggrund, men trods mange års klinisk erfaring konfronteres vi forsat med situationer, der vækker undren og faglige udfordringer. Patienter med funktionelle lidelser kan udgøre en af de grupper, som er vanskelig at hjælpe. For det første skal lægen selv nå frem til den konklusion, at man har at gøre med et funktionelt problem. Det kan i sig selv være en længere vej, da patienten kan præsentere meget overbevisende somatiske symptomer. Dernæst skal man sammen med patienten nå til en fælles forståelse, og sammen med ham eller hende finde vej til en behandling.

Da vi i forbindelse med studiets modul, som omhandlede seksuelle overgreb, blev præsenteret for den høje forekomst af senfølger og herunder også de mange fysiske problemer, ofrene kan lide af, var det for os begge en øjenåbner. Vi blev opmærksomme på patienthistorier, som netop omhandlede kvinder med funktionelle lidelser, som havde en forhistorie med overgreb. Det var ikke vores fornemmelse, at disse kvinders traumehistorie havde fået nogen videre opmærksomhed hos os eller i deres behandling i øvrigt. Denne opmærksomhed gav en nysgerrighed på problemstillingen og satte gang i indeværende projekt.

2.2 Historisk indflyvning

Seksuelle overgreb mod børn har fundet sted gennem alle tider. Allerede i antikkens Mesopotamien (ca. år 1754 f.v.t.) findes lovtekster, der omhandler seksuelle overgreb, herunder mod børn.

Eksempelvis fremgår det af Lov nr. 154: *“If a man be guilty of incest with his daughter, he shall be driven from the place (exiled)”* (Peraira, s. 19).

I middelalderen omtales seksuelle overgreb mod børn primært i kirkelige og juridiske dokumenter. I moderne tid blev det i stigende grad anerkendt som et alvorligt socialt og medicinsk problem. Dette fremgår både af retssagsmateriale og medicinske kilder.

Den østrigske psykiater Richard von Krafft-Ebing (1840–1902) beskrev seksuelle funktionsforstyrrelser og parafilier i værket *Psychopathia Sexualis* fra 1886. I en artikel fra 1896 anvendes termen “pædofili” for første gang (Graugaard, 2019, s. 15, 915).

I samme epoke, hvor Krafft-Ebing førte de seksuelle afvigelser ind i lægevidenskaben, udviklede Sigmund Freud (1856–1939), grundlæggeren af psykoanalysen, sin såkaldte forførelsesteori i årene 1893–1895. Her beskrev han, hvordan seksuelle traumer i barndommen kunne føre til langvarige psykiske lidelser, herunder hysteri. Freud reviderede senere denne teori (Graugaard, 2019, s. 229).

I slutningen af det 19. århundrede begyndte en del af den lægevidenskabelige verden at beskæftige sig med tilstanden hysteri. I dag opfattes hysteri som en forløber til det, vi nu kalder funktionelle lidelser,

hvilket uddybes i baggrundsafsnittet. Allerede dengang blev der dog beskrevet en mulig sammenhæng mellem seksuelle traumer i barndommen og udvikling af hysteriske symptomer.

Følgende historiske fakta stammer fra Lis Norups bog *Hysteriens tid* (2013). Jean-Martin Charcot (1825–1893) var fransk neurolog og tiltrådte i 1862 en stilling på kvindehospitalet La Salpêtrière i Paris. Han betragtede hysterien som en somatisk, neuropatologisk lidelse, hvis årsager endnu ikke var klarlagt. Charcot afviste tidligere tiders teorier om, at hysterien skyldtes livmoderen (græsk: *hystéra*) eller overnaturlige kræfter.

Et fællestræk for de patienter, Charcot arbejdede med, var, at de kom fra belastede kår. Seksuelle overgreb blev beskrevet hos flere af dem. Charcot beskrev hysterien som *neuromimetisk* – en tilstand, hvor de fysiske symptomer på overfladen ligner dem, der opstår ved organiske sygdomme:

"Hysteriens egenart var, at den var neuromimetisk, at den på den synlige krops overflade kom til syne som en dobbeltgængerlidelse med symptomer, der ofte til fuldkommenhed ligner dem, som hører til sygdomme med organiske læsioner" (Norup, 2013, s. 209).

Dette fænomen er den dag i dag en udfordring for sundhedsprofessionelle, der arbejder med funktionelle lidelser.

Charcots ambition om at forklare hysterien udelukkende ud fra en neuropatologisk model lykkedes ikke. Gennem blandt andet brugen af hypnose begyndte han i stigende grad at anerkende ubevidste, psykologiske mekanismer som forklaring på de kropslige symptomer.

Sigmund Freud opholdte sig en periode på La Salpêtrière for at studere nervesygdomme under Charcot. Hjemvendt til Wien begyndte han som privatpraktiserende læge med særlig interesse for nervelidelsernes psykiske aspekter. Han modtog henvisninger fra kollegaen Josef Breuer (1842–1925), der var familielæge for den jødiske overklasse. Både Freud og Breuer skrev afhandlinger, hvor de beskrev en mulig sammenhæng mellem hysteri og seksuelle overgreb i barndommen.

På trods af lægevidenskabelig og psykologisk interesse lykkedes det ikke forskerne at nå til en entydig forståelse af hysteriens årsager – hverken ud fra et biologisk eller psykologisk paradigme. Det blev nødvendigt også at inddrage sociale og kulturelle forklaringsmodeller. I dag anvendes diagnosen hysteri ikke længere, men de tilstande, der tidligere blev klassificeret som hysteri, lever videre under andre betegnelser og med tidssvarende forklaringer:

"Men hysterien har aldrig været en saga blot. Den lever videre under andre navne og antager udtryk, der er særlige for hver tidsalder. Stadig er konversionen af psykiske tilstande til fysiske smerter et værn og en flugt ind i sygdommens skyldfrihed" (Norup, 2013, s. 302).

I moderne tid er samfundets opmærksomhed på seksuelle overgreb mod børn vokset. FN's generalforsamling vedtog i 1989 Børnekonventionen, der fastlægger børns rettigheder. Artikel 34 fokuserer specifikt på seksuel udnyttelse og pålægger deltagerstaterne at træffe alle nødvendige foranstaltninger for at forhindre:

- at et barn overtales eller tvinges til at deltage i nogen form for ulovlig seksuel aktivitet,
- at børn udnyttes til prostitution eller andre former for ulovlig seksuel aktivitet,

- at børn udnyttes i pornografiske forestillinger og materialer (FN, u.d.).

Beth Grothe Nielsen beskriver i bogen *Sagt og usagt* (Nielsen, 2011) en række eksempler på seksuelt misbrug af børn i Danmark. Bogen dokumenterer desuden, hvordan både samfund, retssystem og sundhedsvæsen ofte har haft – og fortsat har – vanskeligheder ved at håndtere og anerkende problemets alvor.

3 Baggrund

3.1 Seksuelle overgreb i barndommen

I et forsøg på at samle viden om seksuelle overgreb i barndommen (Childhood Sexual Abuse, CSA) og funktionelle lidelser vil vi kigge på eksisterende viden om CSA, senfølger heraf og behandlingen af overgreb og senfølger. Vi har valgt i den kommende tekst at bruge den internationale term CSA, da det i forbindelse med litteratursøgning i engelsksprogede artikler, har givet mest mening.

WHO´s definition af seksuelle overgreb på børn er som følger:

”Seksuelle overgreb på børn er inddragelsen af børn i seksuelle aktiviteter, som han eller hun ikke fuldt ud forstår, ikke er i stand til at give informeret samtykke til, eller som det udviklingsmæssigt ikke er parat til og ikke kan give samtykke til, eller som strider mod samfundets love og sociale tabuer. Seksuelle overgreb på børn er en aktivitet mellem et barn og en voksen eller et andet barn, der i kraft af alder eller udviklingsstrin er i en position præget af ansvar, tillid eller magt, og hvor aktiviteten har til formål at tilfredsstille den anden persons egne behov.” (Graugaard, 2019, s. 951)

Definitionen giver en overordnet ramme for, hvornår der er tale om overgreb, men giver samtidig plads for, at man kan have forskellige juridiske, kulturelle og sociologiske forhold i de enkelte WHO-medlemslande. De kulturelle forståelser af emnet varierer betydeligt mellem lande, hvilket også kommer til udtryk i konkrete juridiske forskelle – blandt andet illustreret ved variationer i den lovbestemte seksuelle lavalder på tværs af nationale grænser. I Danmark er den 15 år. Den aktuelle laveste aldersgrænse er i Nigeria, hvor den er 11 år.

Begrebet seksuelt misbrug kan dække over forskellige former for seksuelle krænkelse. Denne variation har betydning af flere grunde – blandt andet i forskningsmæssig sammenhæng, hvor forståelsen af begrebets bredde er afgørende for at kunne belyse relationen til forskellige former for senfølger. Karakteren af overgrebet kan inddeles på følgende måde:

- Non-kontakt, hvor barnet fx udsættes for at skulle se eller høre på pornografisk materiale eller kommentarer med seksuelt indhold.
- Non-penetrativ kontakt, som vil sige andre former for kønslig omgang end penetration
- Penetrativ kontakt.

I forskningsmæssige sammenhænge, og når risikoen for senfølger vurderes, er det væsentligt at inddrage både varigheden af misbruget og relationen til krænkeren, da disse faktorer kan have

betydelig indflydelse. Derudover er det relevant at tage højde for offerets køn og alder på tidspunktet for overgrebene (Shevlin, 2017).

3.1.1 Epidemiologiske data

Ved undersøgelse af forekomsten af Childhood Sexual Abuse (CSA) i Danmark og internationalt, er det først og fremmest nødvendigt at afklare centrale begreber – herunder, hvad der forstås ved henholdsvis 'barndom' og 'seksuelt overgreb'. I denne sammenhæng defineres barndom som personer i alderen 0 til og med 17 år. I en større metaanalyse har man fundet en global prævalens af CSA på 11,8. I Danmark på 15,8 % af kvinder og 6,7 % af mænd (Shevlin, 2017). Andre studier angiver en prævalens på 19,7 % af kvinder og 7,9 % af mænd (Taylor, 2010). Der kan observeres variation i estimerne af prævalensen mellem forskellige studier, hvilket kan være et resultat af flere faktorer, herunder den måde, hvorpå seksuelle overgreb defineres i de enkelte studier (Shevlin, 2017).

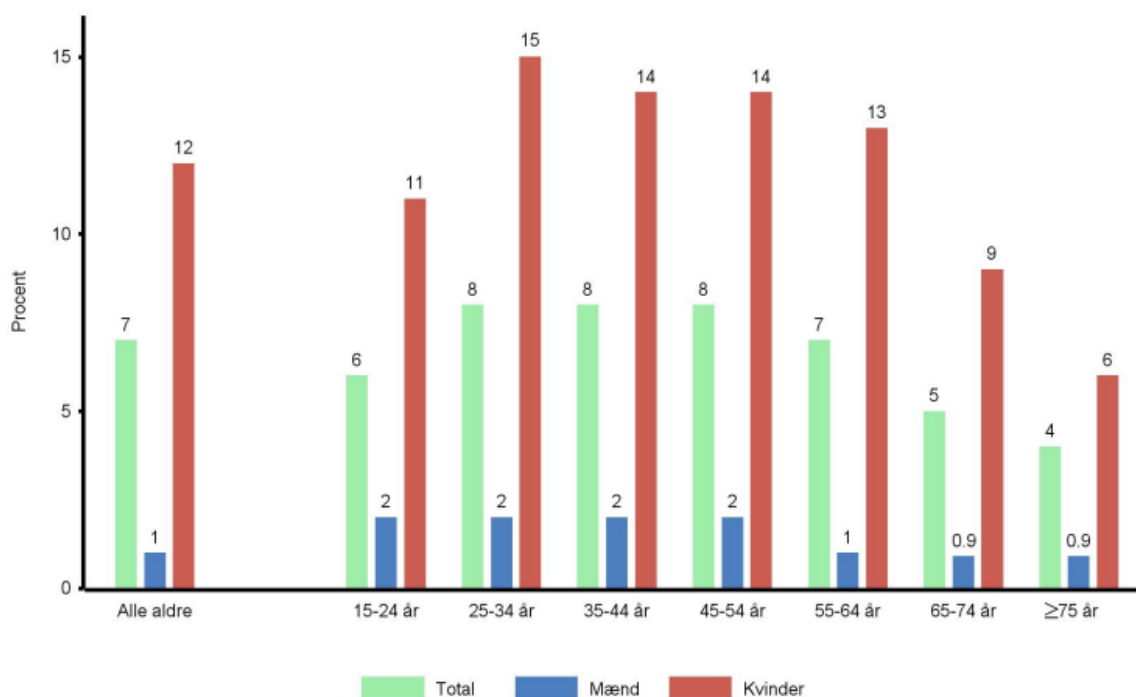
I den store danske befolkningsundersøgelse Projekt SEXUS svarer 6,7 %, at de har været udsat for et seksuelt overgreb (Frisch, 2019), hvilket illustreres i figur 1.

Figur 1

Udsat for mindst ét seksuelt overgreb

Blandt de 62.241 respondenter havde 6,7% mindst én gang været udsat for et seksuelt overgreb. Aldersfordelingen ses i Figur 7.16.

Figur 7.16. Andel i forskellige aldersgrupper, der mindst én gang har været udsat for et seksuelt overgreb



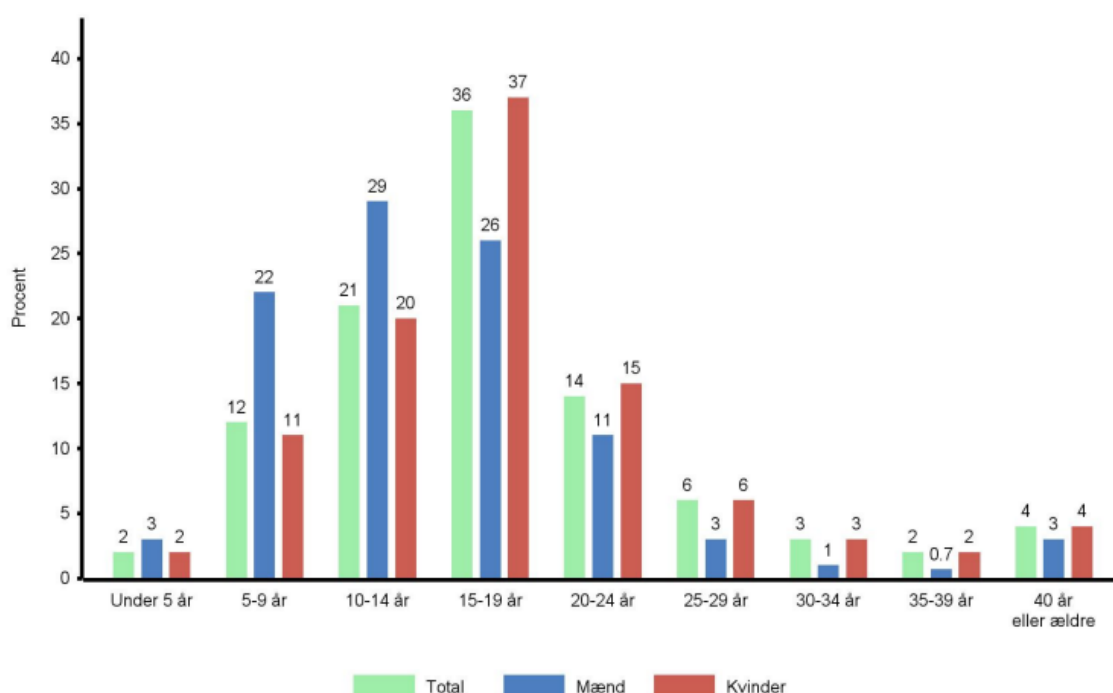
Heraf svarer 57 % af mændene og 33.7 % af kvinderne, at det første overgreb har fundet sted før 15-års alderen, hvilket fremgår af figur 2.

Alder ved første seksuelle overgreb

"Hvor gammel var du, da det skete første gang?"

Dette spørgsmål blev stillet til 4.495 respondenter, som nogensinde havde været udsat for et seksuelt overgreb. Heraf svarede 1,0% "Ved ikke". Svarfordelingen grupperet i femårsintervaller blandt de resterende 4.450 respondenter ses i Figur 7.17.

Figur 7.17. Svarfordeling: Alder ved første seksuelle overgreb



Figur 2

(Frisch, 2019)

Der er forskel på risiko for udvikling af senfølger og muligvis også på arten af senfølger afhængig af; offerets alder når overgrebet/overgrebene sker, relationen til offeret, karakteren af overgrebet og over hvor lang en periode overgrebene sker (Shevlin, 2017), (Taylor, 2010). Selv når der tages højde for andre variabler, såsom øvrige belastende opvækstfaktorer, viser forskning, at seksuelle overgreb i barndommen øger risikoen for udvikling af forskellige senfølger i voksenlivet. (Fergusson, 2013).

Derudover findes der beskyttende faktorer, som kan påvirke udviklingen af senfølger. Eksempler på sådanne faktorer inkluderer et støttende netværk og en omsorgsfuld familiær relation, hvor tilstedeværelsen af en sådan person i offerets liv kan reducere risikoen for senfølger efter misbrug (Heim, 2010). Desuden spiller også barnets individuelle modstandskraft en rolle.

I Danmark har vi nogle af vores data om senfølger efter CSA fra de 3 regionale senfølgecentre for patienter udsat for CSA. Center for Seksuelt Misbrugte (CSM) blev oprettet i 2014. Her kan ofre for overgreb begået inden det 18. leveår henvende sig uden henvisning. Socialstyrelsen står for at indsamle og formidle viden om senfølger, som indhentes dels fra de regionale centre, dels fra frivilligcentre rundt omkring i landet. Dette samles i udgivelser. Der er udgivet Årsstatistik fra 2015 med nøgletal og hovedtendenser fra Senfølgecentre, som udgøres af de 3 regionale centre og 7 frivillige senfølgecentre:

Der blev samlet set registreret 1592 henvendelser som førte til rådgivning og 423 behandlingsforløb. 19% af disse blev givet til mænd og 81% til kvinder. Gennemsnitsalderen på patienter i et behandlingsforløb var 38 år. På centrene opgøres også patienternes arbejdsmarkedstilknytning. Dette afslører, at patienter i behandling har en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet end baggrundsbefolkningen. Således står 50 % udenfor arbejdsstyrken mod 20 % af baggrundsbefolkningen. Behandlingen på centrene består primært af individuel terapi (88% af det samlede antal), mens 12 % består af gruppeterapi. De senfølger, der behandles, er en lang række af sociale og psykiske vanskeligheder, herunder PTSD, angst og depression (Socialstyrelsen, 2016).

3.1.2 Senfølger

Det er veldokumenteret, at CSA giver en betydelig risiko for senfølger i voksenlivet. Man vurderer, at mellem halvdelen og to tredjedele udvikler senfølger senere i voksenlivet (Heim, 2010). Senfølgerne kan være mangeartede. Der ses både somatiske, psykiske, relationelle og sexologiske følgevirkninger.

Iblandt de psykiske senfølger ses der særlig stærk relation mellem selvmordsforsøg, angst, spiseforstyrrelser, depression og PTSD. Desuden ses øget forekomst af personlighedsforstyrrelser samt alkohol- og stofmisbrug (Heim, 2010).

Der findes en øget forekomst af flere somatiske lidelser. Dels ses velkendte organiske lidelser med en øget forekomst (Talbot, 2009), men også flere medicinsk uforklarede symptomer, altså det vi i indværende speciale omtaler som funktionelle lidelser (Lo Lacono, 2021).

3.1.3 Ætiologi.

Årsagerne til udviklingen af senfølger hos individer udsat for seksuelle overgreb i barndommen (CSA) er komplekse og multifaktorielle. Der foreligger imidlertid en omfattende forskningslitteratur, der belyser de neurobiologiske konsekvenser af CSA samt andre belastende barndomsoplevelser, kendt som *Adverse Childhood Experiences* (ACE-faktorer), både på kort og lang sigt (Heim, 2010).

ACE-faktorer refererer til belastende og potentielt traumatiserende hændelser i barndommen, herunder omsorgssvigt, fysisk eller seksuel vold, samt øvrige familierelaterede dysfunktioner.

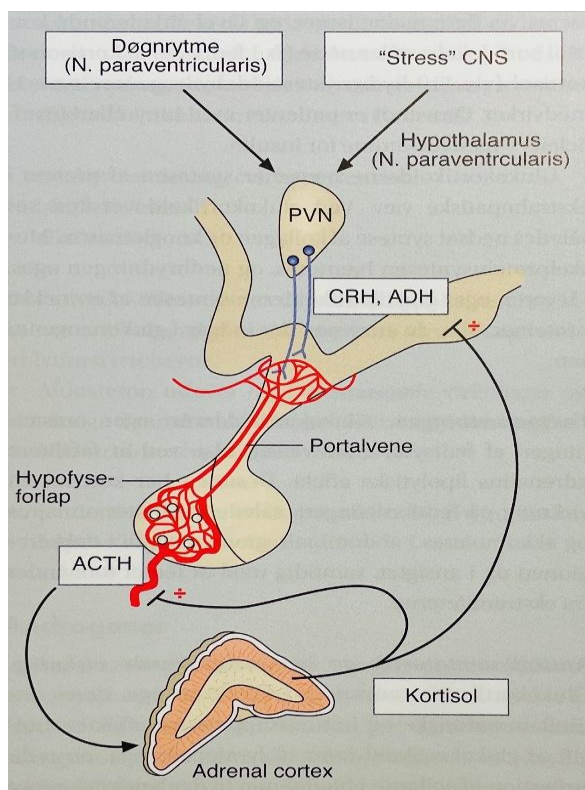
Allerede i 1950'erne og 1960'erne demonstrerede Seymour Levine, at eksperimentel manipulation af nyfødte rotter medførte vedvarende ændringer i både adfærd og kortisolrespons på senere stresspåvirkninger.

Sidenhen er der gennemført adskillige studier, som dokumenterer, at belastninger tidligt i livet kan inducere strukturelle og funktionelle ændringer i hjernen, der øger risikoen for udvikling af depression, angst og stresssårbarhed i voksenalderen.

Et centralt neurobiologisk element i disse forandringer er hypothalamus-hypofyse-binyrebark-aksen (HPA-aksen). Tidlige traumer kan føre til langvarige forstyrrelser i det corticotropin-releasing hormone (CRH)-medierede stressrespons. CRH fungerer som en nøglekomponent i reguleringen af kroppens stressrespons via centralnervesystemet og påvirker adfærdsmæssige, autonome, immunologiske og endokrine processer. Endvidere spiller andre neurotransmittere, herunder noradrenalin, en betydelig rolle i forstærkningen af denne stressrespons.

Når barnet udsættes for stress, vil det medføre en øget produktion af corticotropin-releasing hormone (CRH) i den paraventriculære nukleus i hypothalamus. Dette hormon stimulerer produktionen af adrenokortikotrop hormon (ACTH) i hypofysen, som igen fremmer dannelsen af kortisol – det centrale stresshormon. Vedvarende aktivering af denne akse over længere tid medfører reguleringsmekanismer på receptorniveau flere steder i systemet, hvilket resulterer i langvarige forandringer i både neurale netværk og stressresponssystemer. Disse ændringer kan medføre en øget risiko for udvikling af et 'hyperrespons' i mødet med nye belastninger senere i livet (Heim, 2010).

Figur 3: Illustration af HPA-aksen.



(Hauge, 2024, s. 1273)

Der er således identificeret lavere niveauer af kortisol hos patienter med PTSD, som har været udsat for seksuelle overgreb. Dette fænomen kan potentielt tolkes som en adaptiv mekanisme, hvorved hjernen responderer på længerevarende eksponering for forhøjede kortisolniveauer. Flere studier har desuden rapporteret en øget inflammatorisk aktivitet, hvilket afspejles i forhøjede koncentrationer af forskellige inflammatoriske markører. Dog er den præcise kausale sammenhæng uklar, idet det ikke kan fastslås, hvorvidt denne ændrede aktivitet er sekundær til andre variabler eller direkte forårsaget af traumeeksponeringen (Lo Lacono, 2021).

Et andet centralt aspekt ved traumer i barndommen er, at de kan forekomme i en livsperiode, hvor hjernen stadig er under betydelig udvikling. Hjernen vokser i volumen indtil omtrent femårsalderen, men de mest intensive neuroudviklingsmæssige processer – herunder synapsedannelse, myelinisering og neuronudvikling – finder sted i de første syv leveår.

Traumatiske hændelser i denne sårbare periode kan føre til neurobiologiske forandringer, herunder forhøjede niveauer af CRH og neurotransmittere såsom noradrenalin, hvilket kan medføre et accelereret neuronalt tab, reduktion i neuronstørrelse samt et fald i antallet af synapser. (Shrivastava, 2017).

Flere undersøgelser har desuden vist, at børn, som har været udsat for seksuelle overgreb (CSA), kan udvise epigenetiske modifikationer. Dette indebærer, at eksponering for CSA kan medføre ændringer i DNA-strukturen, hvilket potentielt bidrager til de langsigtede neurobiologiske forandringer, der observeres hos denne gruppe.

3.1.4 Behandling

Behandlingen af senfølger retter sig nødvendigvis mod den specifikke type senfølge, idet det anerkendes, at mange patienter er ramt af flere samtidige problematikker.

Ved tilstande såsom depression, angst eller spiseforstyrrelser følger behandlingen de gældende kliniske retningslinjer. Tilsvarende gælder for fysiske lidelser som irritabel tyktarm eller kroniske smerter, hvor behandlingen kan iværksættes i overensstemmelse med gældende anbefalinger, uden at det nødvendigvis fordrer en specifik behandling af et eventuelt underliggende traume eller tidligere overgreb.

I tilfælde, hvor en patient henvender sig med ønske om behandling af PTSD eller andre psykiske senfølger relateret til seksuelle overgreb i barndommen (CSA), tilstræbes det at iværksætte den bedst dokumenterede traumebehandling. I Danmark tilbydes denne behandling gratis via de regionale behandlingscentre for voksne med senfølger, hvor forskellige psykoterapeutiske metoder kan anvendes. Evidensen peger dog på, at traumefokuseret terapi generelt opnår bedre behandlingsresultater sammenlignet med terapiformer, der ikke eksplicit adresserer traumet (Graugaard, 2019, s. 969).

Behandlingens effekt på PTSD er veldokumenteret, uanset patientens baggrund. Dog viser forskningen, at faktorer såsom uddannelsesniveau, graden af social støtte, emotionelle mestringsstrategier og tilknytningsmønstre kan influere på behandlingsudbyttet (Elklit, 2015).

En omfattende metaanalyse af psykoterapeutiske interventioners effekt på voksne med CSA-erfaring dokumenterer positiv effekt på samtlige undersøgte parametre. Der ses dog variationer afhængigt af det specifikke effektmål. Forskerne konkluderer, at der er forskel på, hvilke terapeutiske tilgange der er mest effektive, alt efter hvilken type forandring eller symptomreduktion der ønskes (Taylor, 2010).

3.2 Funktionelle lidelser.

3.2.1 Diagnose

Den franske filosof Descartes (1596-1650) anså mennesket som et dualistisk væsen, hvor kroppen er den materielle substans og det sjælelige er bevidstheden. Siden 1600-tallet har man lægevidenskabeligt skelnet mellem sygdomme, der kan relateres til kroppen (soma) eller sindet (psyke) (Rosendal, 2023).

Den dualistiske tilgang til sygdomme er ikke anvendelig i relation til funktionelle lidelser, hvor tanker og følelser påvirker kroppen og omvendt. Dette gælder i øvrigt også for mange andre lidelser, som tidligere har været opdelt i separate kategorier.

Funktionel lidelse er som beskrevet i indledningen ikke en ny sygdom. Fra 1800-tallet og helt frem til 1980´erne anvendte man betegnelsen hysteri. Hysteri blev betragtet som en psykisk lidelse eller ”kroppens sprog for psykiske problemer” (Simonsen, 2024, s. 428).

I somatikken har hvert speciale deres betegnelser for tilstande, der ikke kan beskrives ud fra de veldefinerede somatiske diagnoser. Syndromdiagnoserne har det til fælles, at man ikke kan påvise noget objektivt ved den kliniske samt parakliniske udredning og baserer sig udelukkende på patientens subjektive symptomer. En række eksempler på disse er vist i tabel 1 nedenfor.

Tabel 1

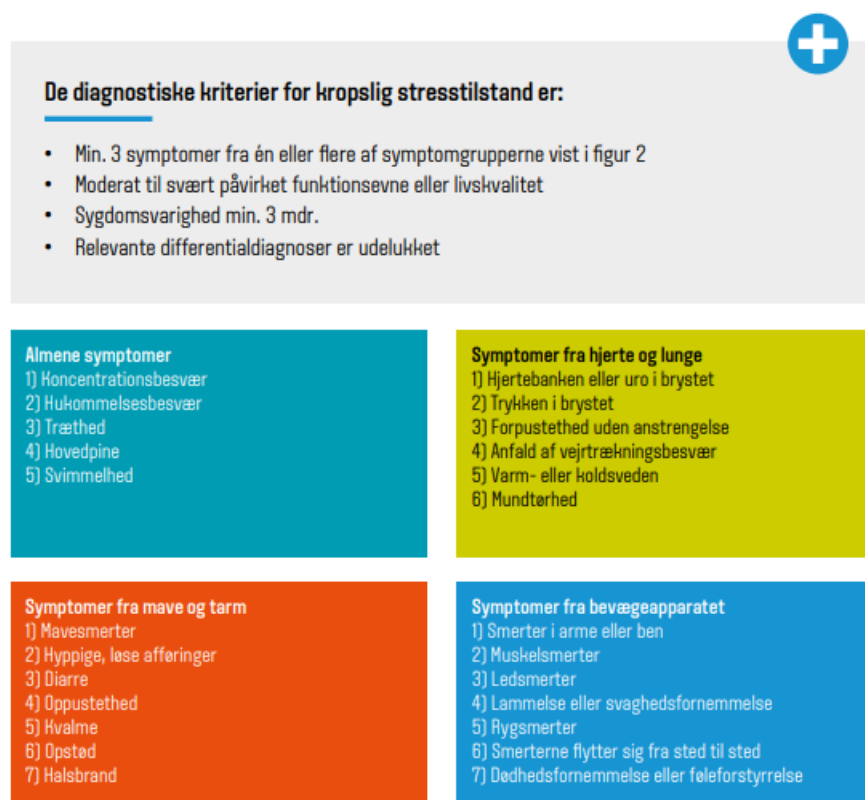
Tabel 1 / Eksempler på funktionelle syndromer efter fagspeciale [6].

Gastroenterologi	Irritabel tyktarm (IBS), funktionel dyspepsi
Gynækologi	Bækkenløsning, kroniske bækken smerter
Reumatologi	Fibromyalgi, kroniske rygsmerter
Kardiologi	Non-kardiogene bryst smerter
Lungemedicin	Hyperventilationssyndrom
Infektionsmedicin	Kronisk træthedssyndrom (CFS, ME)
Neurologi	Spændingshovedpine, non-epileptiske anfald
Tandlæger	Temporomandibular joint dysfunction (TMD)
ØNH	Globus-syndrom
Allergologi	Duft- og hemikalieoverfølsomhed (MCS)
Ortopædkirurgi	Kronisk piskesmæld
Anæstesiology	Kroniske smertetilstande
Psykatri	Somatoform tilstand, herunder somatiseringstilstand

(Rosendal, 2023, s. 10)

I 2018 blev diagnosen funktionel lidelse oprettet i dansk ICD-10. Diagnosen er som det fremgår af figur 4 baseret på symptombilledet og ikke på ætiologi. Sværhedsgraden klassificeres ud fra antallet af symptomer: 1) Patienter med færre end 3 symptomer (raske). 2) Enkeltorgan-funktionel lidelse: Min. 3 symptomer fra hver af en-to symptomgrupper (let-moderat sygdom). 3) Multi-organ funktionel lidelse: Min. 3 symptomer fra hver af tre-fire symptomgrupper (svær sygdom).

Figur 4

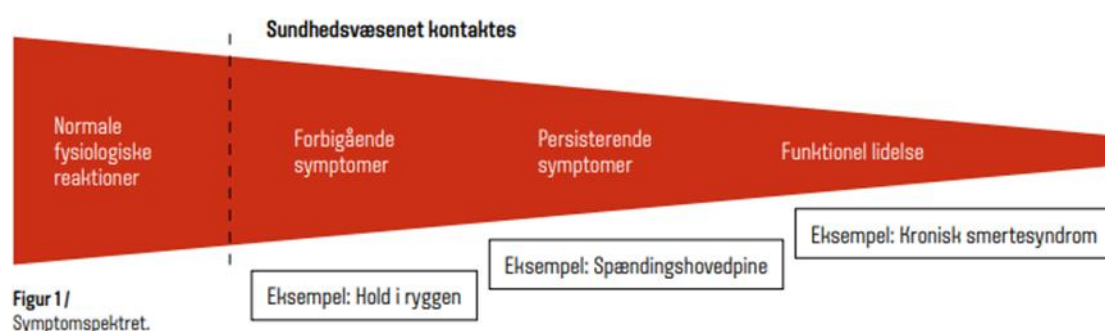


(Rosendal, 2023, s. 12)

Kendetegnet for funktionelle lidelser er, at der ikke sker ændringer i kroppens strukturer men i kroppens funktioner.

Der er ikke en klar afgrænsning af, hvornår symptomerne har karakter af sygdom, men det afgørende er, at patientens funktionsevne og livskvalitet er påvirket af symptomerne, varigheden af symptomerne samt udelukkelse af andre diagnoser. Figur 5 illustrerer den glidende overgang.

Figur 5



(Rosendal, 2023, s. 46)

Idet symptomerne ved funktionelle lidelser kan præsentere andre somatiske sygdomme, vil patienten med funktionel lidelse ofte have gennemgået talrige udredninger for diverse tilstande og haft mange henvendelser i primær- samt sekundærsektoren, inden diagnosen stilles. I denne periode kan patientens tilstand meget vel blive forværret, idet udredningen kan forværre bekymringstendensen hos disse patienter og ofte efterlade dem med en følelse af fravær af hjælp.

3.2.2 Epidemiologiske data

10% af befolkningen i Danmark har en funktionel lidelse, heraf 2% af multiorgan-typen. Kvinder er 2-2,5 gange overrepræsenterede (Fink, 2024, s. 198). Et studie fra New Zealand peger på en prævalens af medicinsk uforklarede symptomer (MUS) helt oppe på 16% (Duncan, 2019). Prognosen for patienter med multiorgansygdom er dårlig, idet 80% stadig vil have symptomer efter 2 år. Risikoen for psykisk komorbiditet er stor og patienternes lave funktionsniveau medfører ofte tab af tilknytning til arbejdsmarkedet. Funktionel lidelse er årsag til 14% af alle langtidssygemeldinger og 8% af ny tilkendte førtidspensioner i Danmark (Simonsen, 2024, s. 436).

I Danmark er der udført et større kohorte-studie (The Danish Study of Functional Disorders, DanFunD) (Kårhus, u.d.), hvor personer med funktionel lidelse er blevet identificeret og fulgt med tværsnitsundersøgelser. Dette har ført til en række artikler, Ph.d.-studier og specialer om patienter med funktionelle lidelser.

Et studie (Jacobsen F. B., 2023) baseret på resultater fra DanFunD viser, at personer udsat for seksuelle overgreb oplever signifikant flere somatiske symptomer end individer, der ikke har været udsat for overgreb. Studier viser bl.a., at den relative risiko for enkelt-organ funktionel lidelse er 1,51 og for multiorgan funktionel lidelse er 3,51, begge med sikre confidens-intervaller. Studiet omfattede ofre for seksuelle overgreb uanset alder ved overgrebet.

3.2.3 Ætiologi

Årsagen til funktionelle lidelser er ikke endeligt afklaret, men både biologiske, psykiske og sociale faktorer menes at have betydning. Funktionelle lidelser forklares ofte ud fra en tilstand, hvor både centralnervesystemet (CNS) og kroppen er overbelastet og samspillet ikke længere fungerer optimalt.

En forklaringsmodel, man arbejder med i forståelsen af funktionelle lidelser, er baseret på 3 trin omfattende risikofaktorer, udløsende begivenhed/trigger samt forstærkende og vedligeholdende faktorer. Dette er vist i figur 6.

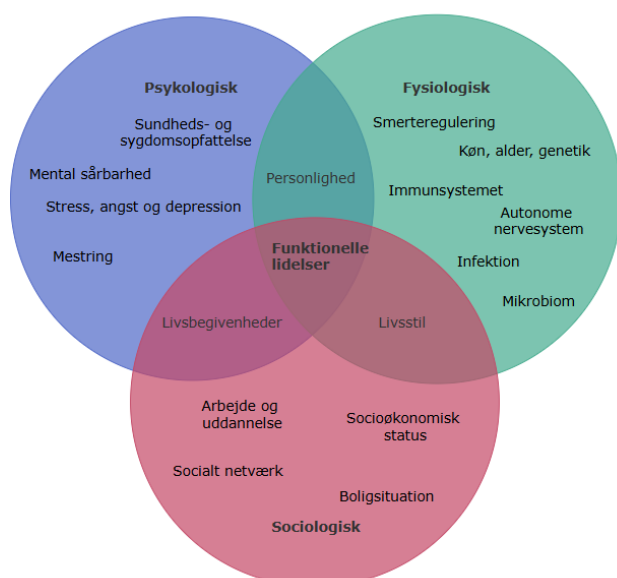
Figur 6



(Rosendal, 2023, s. 20).

Risikofaktorerne spænder over biologiske, psykologiske og sociale dimensioner. I figur 7 illustreres, hvordan samspillet mellem disse faktorer kan bidrage til udviklingen af funktionelle lidelser ved at øge individets sårbarhed. Dette kan omfatte genetisk disposition, tidligere alvorlig sygdom, traumatiske oplevelser, psykiske belastninger samt opvækstvilkår. Det er anført i den akademiske litteratur at traumer -deriblandt seksuelle overgreb- kan udgøre en risikofaktor for udvikling af funktionel lidelse senere i livet. Det bliver ikke udfoldet yderligere i teksten men observationer fra studier tyder på en signifikant sammenhæng. Et tværsnitsstudie fra Danmark (Jacobsen, 2023) kan dokumentere, at ofre for seksuelle overgreb oplever langt flere somatiske symptomer end personer, der ikke har været udsat for overgreb. Sværhedsgraden af den funktionelle lidelse kan korreleres til alvorsgraden af overgrebet (Shevlin, 2017).

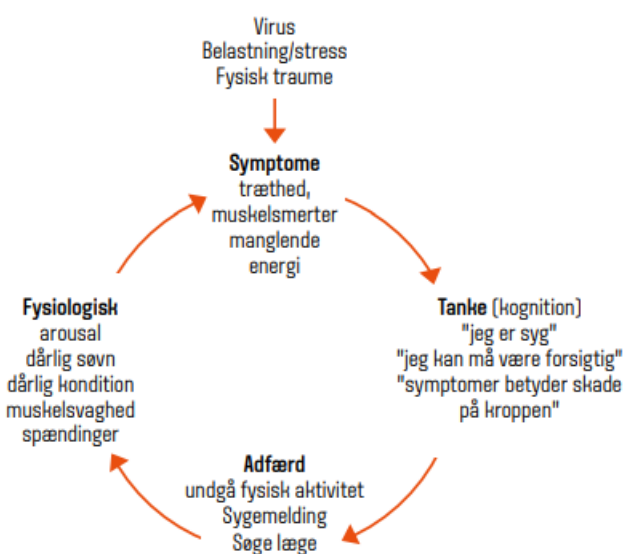
Figur 7



Det samme gør sig gældende for den udløsende begivenhed/trigger som ofte -men ikke altid- er til stede. Det kan være en somatisk sygdom, et traume eller en belastning. Ofte vil både patient og behandler fokusere meget på den udløsende begivenhed. Dette kan desværre føre til en fastholdelse af opmærksomheden på ikke-påvirkelige faktorer, hvilket øger risikoen for langvarige udredningsforløb samt farmakologisk eller kirurgisk behandling uden dokumenteret effekt på patientens symptomer.

De forstærkende og vedligeholdende forhold omfatter forandringer i nervesystemets funktion, tanker og adfærd/mestring, livsstil og sociale forhold. Tankernes betydning for forløbet ved sygdom illustreres i nedenstående figur (figur 8), der viser "den onde cirkel". Ved negative forventninger hos patienten er prognosen for at blive rask betydeligt nedsat.

Figur 8



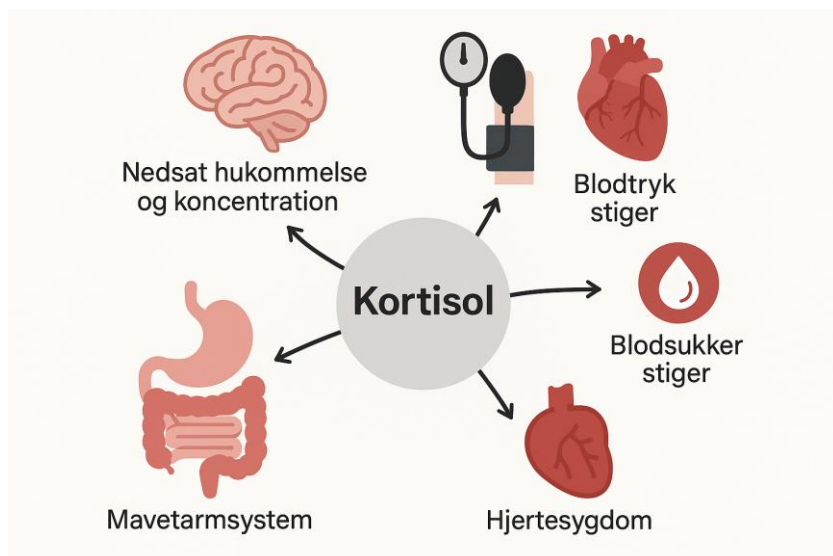
(Rosendal, 2023, s. 21).

Man antager, at de gastrointestinale og kardiopulmonale symptomer skyldes en hyperaktivitet i det autonome nervesystem, mens de muskuloskeletale symptomer skyldes tilsvarende i det muskuloskeletale system.

Hypothalamus-hypofyse-binyreaksen spiller en rolle ved aktivering af stress-beredskabet (arousal). Ved belastningssituationer (fysisk såvel som psykisk) aktiveres hypothalamus-hypofyse-binyreaksen og kortisolproduktionen øges.

Kortisol har en række fysiologiske effekter, der hjælper kroppen med at håndtere stress, men langvarigt forhøjet kortisolniveau kan have negative konsekvenser (figur 9): Nedsat kognitiv funktion og hukommelsesproblemer via skadelig effekt af hippocampus, som er vigtig for hukommelse og læring. Øget risiko for angst og depression grundet påvirkning af neurotransmitterne serotonin og dopamin. Metaboliske forstyrrelser som insulinresistens, abdominal fedme og type 2 diabetes. Svækket immunsystem og øget risiko for infektioner. Hjerte-kar-sygdomme grundet øget blodtryk og risiko for åreforkalkning og blodpropper.

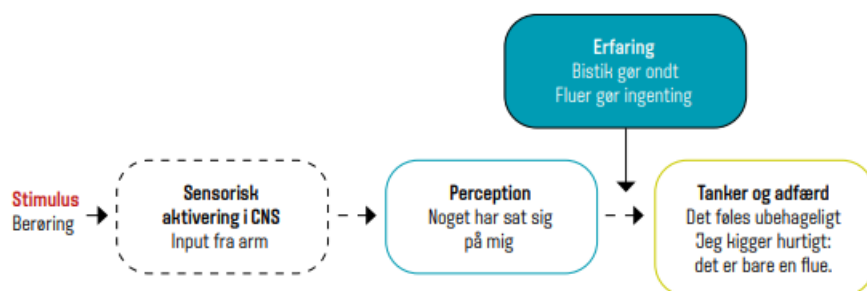
Figur 9



(Figur genereret vha. Chat GPT)

Alle mennesker oplever at have symptomer, der ikke umiddelbart kan forklares. Hjernen modtager hele tiden sanseinput fra kroppen, men de fleste inputs bliver sorteret fra, så vi ikke er bevidste om dem. Hos patienter med funktionelle lidelser virker denne filtrering ikke, så alle de almindelige signaler fra kroppen vil komme til bevidsthed. Patienterne vil altså opleve en bombardering af CNS. Derudover har patienter med funktionelle lidelser formentlig en perceptuel dysregulering. Hjernen reagerer ud fra tidligere erfaringer (prædiktiv kodning) på de sanseindtryk den modtager. Dette er illustreret i figur 10.

Figur 10

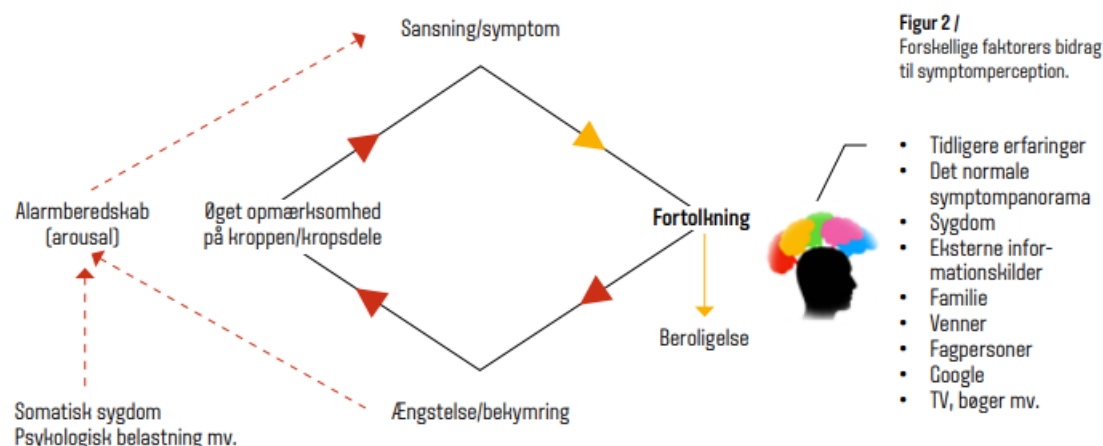


(Rosendal, 2023, s. 28).

CNS har ud fra tidligere erfaringer lavet modeller for, hvordan vi opfatter sanseindtryk. Hjernen genererer altså hypoteser for, hvad den forventer af indkommende signaler. Hvis denne prædiktion vægtes højere end de konkrete inputs vil det føre til en fejlperception.

Figur 11 viser vores måde at tolke, evaluere og percipere symptomer på. Dette er bestemmende for vores sygdomsadfærd. Kognitive og emotionelle forhold påvirkes af kulturelle, sociale (familie, økonomi) og andre indlærte forhold. Derudover kan lægernes og sundhedssystemets håndtering spille en væsentlig rolle for sygdommens udvikling og forløb - de iatrogene faktorer.

Figur 11



(Rosendal, 2023, s. 49).

3.2.4 Behandling

Patienter med let til moderat funktionel lidelse behandles i primærsektoren. Praktiserende læger vil ofte benytte sig af TERM-modellen (The Extended Reattribution and Management model) i konsultationen med patienten med funktionel lidelse.

Fremgangsmåden under konsultationen fremgår af tabel 2. At nå frem til en fælles forståelse af problemet er ofte langvarig og foregår over flere konsultationer.

Tabel 2

Tabel 1 / TERM-modellen som konsultationsmodel.

TERM-modellen	Konsultationsmodel
A. Forståelse	Patientens del
B. Lægens bord og anerkendelse	Lægens del
C. Forhandling af ny/modificeret forståelsesmodel	Fælles del 1
a. Patientens sygdomsforståelse klargøres	
b. Nuancering	
i. Evt. specifikke årsagsforklaringer	
ii. Længerevarende symptomer (lette tilstande)	
iii. Funktionel lidelse (moderate og svære tilstande)	
D. Opsummering og planlægning af efterforløb	Fælles del 2

Ud over ovenstående indeholder modellen også en specifik vejledning vedr. håndtering af kronisk funktionel lidelse.

(Rosendal, 2023, s. 122).

Behandlingen vil primært have fokus på psykoedukation. Der er udviklet en række hjælperedskaber til den praktiserende læge.

Sundhedsstyrelsen har udgivet videnssamling (SST v. , 2021) og redskabssamling (SST, 2021) om funktionelle lidelser og Komiteen for sundhedsoplysning har udgivet pjecen ("Når kroppen siger fra") (sundhedsoplysning, 2022), der kan udleveres til patienten.

Patienter med svær funktionel lidelse bør behandles af et multidisciplinært team på en specialafdeling. I Danmark er der oprettet regionale centre under somatikken. Ventetiden på behandling er desværre op til 2 år flere steder.

Fysisk træning skal tilpasses patientens symptomer og gradueres efter patientens tilstand. Første trin er sammen med træningen at skabe en normal søvnrytme og sund kost som forudsætning for de øvrige tiltag i behandlingen. Træningen skal øges gradvist og langsomt i intensitet og varighed for at undgå ”boom and bust mønsteret,” der er kendetegnet ved, at et for højt aktivitetsniveau medfører en eller flere dages udmattelse. Denne behandling vil oftest varetages af fysio- og ergoterapeuter.

Farmakologisk behandling kan bestå i behandling med enten tricykliske antidepressiva (TCA) eller serotonin-noradrenalin-genoptagelseshæmmere (SNRI) i lavdosis. Ikke med sigte på at behandle depressive symptomer men som smertemodulerende medicin. Det er vigtigt at patienten er bekendt med baggrunden for behandlingen af hensyn til compliance. Afhængighedsskabende medicin skal undgås.

Psykologisk arbejdes primært med kognitiv adfærdsterapi idet der er god evidens for effekt af denne behandling (Rosendal, 2023). Der arbejdes med de samme redskaber som i primærsektoren, men i de regionale centre varetages denne del af behandlingen primært af psykologer. Mindfulness og Acceptance and Commitment Therapy (ACT) er ofte også en del af behandlingen.

Den sociale indsats for patienten med funktionel lidelse kan være afgørende for, at patienten overhovedet kan profitere af ovenstående. Der kan være økonomiske udfordringer, der presser patienten, så det er vigtigt at afklare tidligt i forløbet om noget sådan gør sig gældende. Det er desuden vigtigt, at patienten anerkendes i at være syg på lige fod med andre patienter, hvor der kan være behov for sygemelding eller særlige skånehensyn i forhold til arbejdsmarkedet.

Efter at have gennemgået den eksisterende viden om henholdsvis seksuelle overgreb i barndommen og funktionelle lidelser, rettes fokus nu mod samspillet mellem de to fænomener. Da specialets formål er at belyse netop denne sammenhæng, vil vi i det følgende undersøge, hvilken viden der foreligger på området.

3.3 Sammenhængen mellem seksuelle overgreb i barndommen og funktionelle lidelser

Forskning har dokumenteret, at traumatiske begivenheder i barndommen – herunder fysiske og seksuelle overgreb samt omsorgssvigt – kan fungere som prædisponerende faktorer for udviklingen af funktionelle lidelser. Studier viser, at seksuelle overgreb i barndommen er forbundet med øget risiko for senere udvikling af fysiske sygdomme, også når der kontrolleres for andre former for barndomstraumer, herunder fysiske overgreb og øvrige Adverse Childhood Experiences (ACE) (Fergusson, 2013). Et prospektivt studie fra New Zealand bekræfter denne sammenhæng og finder en signifikant korrelation mellem medicinsk uforklarede symptomer (MUS) og seksuelle overgreb, selv når der tages højde for confoundere som psykiatrisk komorbiditet eller andre ACE-faktorer (Duncan, 2019).

I forskningen relateret til funktionelle lidelser og seksuelle overgreb forekommer betydelig variation i terminologi og definitioner. Det er nødvendigt at anvende forskellige begreber i litteratursøgning, da funktionelle lidelser benævnes forskelligt på tværs af studier. Ligeledes varierer definitionen af seksuelle overgreb mellem studier. En del af de studier, vi har fundet, påviser derfor sammenhænge mellem CSA og diagnoser, der hører under det funktionelle spektrum, og ikke med diagnosen funktionelle lidelser, som den forstås i Danmark i dag. Dette ses blandt andet i forskning, der undersøger sammenhænge mellem CSA og fibromyalgi og CSA og konversionstilstande. Et studie har fundet sammenhæng mellem eksponering for stressorer – herunder seksuelle overgreb – og udvikling af fibromyalgi (Kaleycheva, 2021). Et longitudinelt studie, der undersøger effekten af behandling af konversionstilstand, finder dels en signifikant sammenhæng, dels at behandlingen har ringere effekt hos patienter med en historie med seksuelle overgreb sammenlignet med dem uden (Feltz-Cornelis, 2020).

Fremkomsten af senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen beskrives i litteraturen som en proces, der kan forstås ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv. Når overgreb sker i barndommen, finder de sted i en periode, hvor hjernens udvikling er undervejs, hvilket ifølge flere studier kan have betydning for de biologiske udviklingsmekanismer. I flere undersøgelser er der identificeret biologiske forhold, som indgår i forståelsen af både funktionelle lidelser og konsekvenserne af seksuelle overgreb. Et eksempel er involveringen af HPA-aksen, som i flere studier kobles til ændringer i det fysiologiske stressrespons hos børn udsat for seksuelle overgreb og hos voksne med funktionelle symptomer.

Psykologiske og sociale forhold beskrives ligeledes som relevante. Nogle studier fremhæver, at tilstedeværelsen af en støttende voksen kan fungere som en beskyttende faktor i forhold til udviklingen af senfølger. Der foreligger desuden forskning, som viser, at tidlig behandling kan have en indvirkning på senere symptombelastning (Heim, 2010).

Forskning peger på, at visse karakteristika ved det seksuelle overgreb kan øge risikoen for udvikling af senfølger. Flere studier har identificeret en dosis-respons-sammenhæng, hvor 'dosis' henviser til overgrebets sværhedsgrad, herunder dets varighed og karakter – eksempelvis om der var tale om

penetration eller blot berøring. Endvidere tyder resultaterne på, at relationen til krænkeren spiller en væsentlig rolle i forhold til risikoen for senere psykologiske konsekvenser. (Shrivastava, 2017).

Et centralt og komplekst aspekt ved senfølgeudvikling er spørgsmålet om, hvorfor nogle personer, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, udvikler funktionelle lidelser, mens andre ikke gør. Selvom der ofte ses et betydeligt overlap mellem forskellige senfølger – hvor patienter eksempelvis kan præsentere både funktionelle lidelser og depression – findes der individer, som når voksenalderen uden at udvikle tydelige senfølger, om end dette forekommer relativt sjældent.

I den forbindelse er det relevant at vende perspektivet og undersøge, hvad der kendetegner de mennesker, som ikke udvikler senfølger. Tidligere er der refereret til studier, der peger på konkrete beskyttende faktorer relateret til resiliens. Man kan også med fordel inddrage Aaron Antonovskys salutogenetiske tilgang og spørge: Hvilke helbredsfræmmende faktorer findes hos den enkelte? Salutogenese fokuserer på de faktorer, der fremmer sundhed og raskhed, i modsætning til patogenese, der beskriver faktorer, der medfører sygdom. Antonovskys teori beskrev, hvordan mennesker med høj Sense of Coherence (SOC) er bedre til at modstå og håndtere stress og modgang. Begrebet kan oversættes med "oplevelse af sammenhæng" og består af tre delelementer: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Nogle af de psykologiske nøgleelementer i SOC er tryk tilknytningsstil, oplevelsen af positive emotioner og eksistentiel mening (Antonovsky, 2003).

I lyset af, at patientens livshistorie – og særligt traumeerfaringer – ser ud til at spille en central rolle i både egenforståelse, behandlingsvalg, behandlingseffekt samt behandlerens forståelse og tilgang, rettes opmærksomheden nu mod spørgsmålet: Hvilken viden findes der om sundhedsprofessionelles evne og forudsætninger for at tale om disse temaer?

3.4 Viden om behandlerens evne til at tale om seksuelle overgreb

Vi ved, at læger ofte har vanskeligt ved at tale med patienter om sexologiske emner. Det såkaldte tovejstabu er veldokumenteret og indebærer, at både patient og behandler kan opleve forskellige barrierer for at bringe disse emner op (Graugaard, 2019, s. 688).

Det samme gør sig gældende, når samtalen handler om seksuelle overgreb. Det er derfor væsentligt at se nærmere på, hvordan kommunikationen omkring dette emne håndteres i sundhedsvæsenet, og hvilken betydning det har for patienterne. Der er over tid blevet gennemført flere studier, som undersøger, hvilke faktorer der spiller ind, når sundhedsprofessionelle forsøger at spørge voksne patienter til deres erfaringer med overgreb, hvordan de afdækker mulige sammenhænge med aktuelle helbredsproblemer, samt hvilken indvirkning det har på behandlingsudbyttet. Studierne identificerer flere barrierer, herunder udbredte misforståelser og misinformation, om senfølger efter CSA, manglende erkendelse af nødvendigheden af at italesætte emnet, fravær af konkrete redskaber hos behandlerne, vanskeligheder med at reagere hensigtsmæssigt, når overgreb afsløres, samt praktiske forhold som tidspres og frygt for at gøre skade, herunder risikoen for victim blaming.

Hvis traumet ikke identificeres, kan det føre til manglende eller fejlagtig diagnosticering. Dette kan resultere i, at patienten opfattes som "vanskelig", hvilket i værste fald fører til reviktimisering og en videreførelse af tavsheden – og dermed af selve traumatiseringen.

I sit review undersøger Havig flere temaer, der vedrører sundhedsprofessionelles evne til at afdække CSA og den betydning, dette har for patienterne. Resultaterne viser, at patienterne gerne vil spørges til deres livshistorie og mener, at det kan forbedre deres behandlingsforløb. Alligevel viser et af studierne, at hele 82 % af de adspurgte aldrig var blevet spurgt, om de havde været udsat for CSA.

Patienterne i reviewet giver også udtryk for, hvordan de ønsker, at kommunikationen om overgreb skal foregå. De peger på vigtigheden af, at behandleren skaber en åben, professionel og empatisk atmosfære, selv tager initiativ til samtalen og er parat til at lytte uden at dømme, give skyld eller skam, reviktimisere eller afvise.

Flere af studierne i Havigs review peger på den skæve magtbalance i læge-patientrelationen, som i forvejen kan påvirke kommunikationen, og som måske har endnu større betydning, når det drejer sig om patienter med en overgrebshistorie. Derfor anbefales det, at behandlere tilstræber en mere non-autoritær tilgang og indgår i en relation baseret på større ligeværdighed (Havig, 2008).

4 Problemformulering og forskningsspørgsmål

Formålet er at undersøge, hvordan kvinder med erfaringer med seksuelle overgreb i barndommen oplever, at sundhedsprofessionelle anerkender og adresserer en mulig sammenhæng mellem disse erfaringer og deres nuværende funktionelle lidelser. Derudover søger vi at belyse, hvordan kvinderne selv forstår og fortolker denne sammenhæng.

4.1 Forskningsspørgsmål

- Hvilken betydning tillægger kvinderne deres barndomserfaringer for udviklingen af funktionelle lidelser?
- Hvordan oplever kvinder, der som børn har været udsat for seksuelle overgreb, at sundhedsprofessionelle anerkender deres funktionelle lidelse i relation til deres barndomserfaringer?

5 Materiale og metode

Vi har valgt at anvende et kvalitativt forskningsdesign, da denne tilgang bedst egner sig til at belyse vores forskningsspørgsmål. Den kvalitative metode muliggør en nuanceret udforskning af det levede liv med udgangspunkt i informanternes egne erfaringer og perspektiver. For at understøtte analysen og sætte resultaterne i kontekst er der desuden foretaget en systematisk litteratursøgning. Begge metoder uddybes i det følgende.

5.1 Videnskabsteoretisk afsæt

I projektet, der er et kvalitativt semistruktureret interviewstudie, tager det videnskabsteoretiske afsæt udgangspunkt i både fænomenologien og hermeneutikken, da disse tilgange komplementerer hinanden. I interviewet er der arbejdet med åbne spørgsmål, hvor informanten får lejlighed til at berette om egne subjektive oplevelser indenfor de adspurgte områder. Interviewerens forforståelse er sat til side og kommer først i spil under analysen og fortolkningen af besvarelserne.

Fænomenologien, med rødder i Husserls og Heideggers tænkning, søger at afdække deltagerens oplevelse af et fænomen, fri for forudindtagede teorier eller antagelser. Her handler det om at forstå den subjektive oplevelse, som den fremtræder for individet (Brinkmann, 2020, s. 281-308). Hermeneutikken, inspireret af Gadamer, bygger videre på denne forståelse ved at erkende, at fortolkning er uundgåelig (Graugaard, 2019, s. 196). I dette projekt betyder det, at vi ikke blot registrerer udsagn, men udvikler forståelsen gennem dialog og kontekstuel fortolkning. Kombinationen af disse to tilgange sikrer en dybdegående og nuanceret indsigt i deltagerens oplevelser.

5.2 Litteratursøgning

I baggrundsafsnittet om funktionelle lidelser refereres til medicinsk faglitteratur. Ifølge litteraturen er sammenhængen mellem tidlige traumer og udvikling af somatisk uforklarede symptomer velkendt. Seksuelle overgreb nævnes som eksempler i tabeller i lærebøgerne men udfoldes ikke nærmere i teksten. Vi ønskede at finde frem til nogle primære kilder, der kunne påvise denne sammenhæng. Derfor gik vi gang med litteratursøgning i en række databaser som nedenfor beskrevet.

Søgningen gav os en del udfordringer da funktionelle lidelser dækker over en lang række enkelt-organ diagnoser. Søgningen på den overordnede betegnelse gav et begrænset antal resultater.

Den afgrænsede søgning på seksuelle overgreb på børn gav ligeledes et sparsomt udvalg af artikler, da mange også omhandlede overgreb begået mod voksne kvinder.

Indledningsvis søgte vi i tværfaglige databaser (Google Scholar og Scopus) for at få så bred en søgning som muligt og finde relevante nøgleord til mere specifikke søgedatabaser (PubMed, Embase og Psycinfo).

Søgeordene på Google Scholar var "bodily distress syndrome" OR "functional disorder" AND "sexual abuse" OR "sexual assault". Denne søgning gav 220 resultater.

Samme søgning i Scopus gav kun 19 dokumenter.

Ovenstående søgninger i tværfaglige databaser gav inspiration til nøgleordene til den videre litteratursøgning i mere specifikke medicinske og psykologiske søgebaser.

Vi afgrænsede den videre søgning til 2 blokke: Blok 1 med søgeord omkring seksuelle overgreb. Blok 2 med søgeord omkring funktionel lidelse. I den initiale brede søgning var der ikke søgt specifikt for kvinder som patientgruppe og de seksuelle overgreb, havde ikke nødvendigvis fundet sted i barndommen, men i den videre udvælgelse blev disse kriterier brugt som inklusionskriterier.

BLOK 1	BLOK 2
"Sexual abuse" "Child abuse, sexual" "Sex offences" "Sexual assault"	"Functional disorder" "Functional somatic disorder" "Functional disease" "Somatoform disorder" "Bodily distress syndrome" "Chronic widespread pain" "Irritable bowel" "Chronic fatigue" "Whiplash-associated disorder" "Fibromyalgia" "Somatization"

Vi valgte at søge i databasen PubMed for at finde artikler indenfor det biomedicinske og sundhedsvidenskabelige område. Vi udvidede med søgning i Embase, hvor det er muligt at lave mere præcise søgninger indenfor det samme område. Derudover søgte vi i Psycinfo for at finde artikler indenfor psykologi og adfærdsvidenskab.

Søgningerne gav anledning til fund af artikler som desuden inspirerede til videre kædesøgning. Derudover er enkelte artikler fundet ved gennemgang af referencelister i lærebøger. Litteratur er supplerende søgt ad hoc i forhold til relevans for opgaven.

Vi endte ud med at anvende 14 artikler i opgaven. Alle fremgår af referencelisten.

5.3 Metode til dataindsamling

5.3.1 In- og eksklusion

Inklusion:

Kvinder, der i barndommen har været udsat for seksuelt overgreb og som i voksenlivet har udviklet funktionel lidelse.

Alder < 16 år ved overgrebet.

Funktionel lidelse defineret som en eller flere af de tilstande, der er konsensus om hører under listen for funktionelle lidelser.

Informanterne skal være indforstået med diagnosen funktionel lidelse.

Eksklusion:

Svær psykisk sygdom.

Misbrug af rusmidler.

5.3.2 Rekruttering

Vores informanter blev rekrutteret ud fra vores egne patient-populationer i almen praksis i to større byer i Jylland. Idet informanterne er rekrutteret fra egen praksis, medfører dette et forhåndskendskab til deres historier.

Vi udvalgte 4 patienter, som vi havde kendskab til opfyldte vores kriterier for in- og eksklusion. Vi kontaktede patienterne telefonisk og orienterede dem om undersøgelsen. Alle 4 accepterede at deltage og vi foretog 4 interviews i alt.

Informanterne fik udleveret skriftlig information om projektets formål (bilag 1) og underskrev en samtykkeerklæring (bilag 2) vedrørende medvirken i studiet.

5.3.3 Interview

Da patienterne sagde ja til at deltage blev de forelagt muligheden for at vælge, om de ønskede at møde op til interview i lægehuset eller modtage besøg i eget hjem. Vi prioriterede at lave vores interviews ved fremmøde fremfor online for at skabe en tryk og tillidsfuld atmosfære. Af samme årsag blev informanterne interviewet af deres faste læge og uden tilstedeværelse af observatør.

Én informant blev interviewet i eget hjem. De øvrige 3 ønskede at møde op i lægehuset.

Vi udarbejdede en semistruktureret interviewguide baseret på vores forskningsspørgsmål, som dannede grundlag for åbne spørgsmål (bilag 3). Interviewguiden var bygget op som en tabel med 3 kolonner. I første kolonne er de overordnede temaer for interviewet beskrevet. I anden kolonne konkretiseres temaet med interviewspørgsmål. I tredje kolonne beskrives formålet med tema og spørgsmål. Intervieweren havde gjort sig godt bekendt med guiden på forhånd, så det var muligt at holde strukturen i interviewet.

Formålet med at anvende kvalitative interviews var at tilskynde informanterne til at dele deres oplevelser åbent og med egne ord samtidig med, at der blev skabt et grundlag for sammenlignelige data, der muliggjorde en tværgående analyse af deres individuelle erfaringer og situationer.

5.4 Ethiske overvejelser

I mødet mellem forskeren og informanten i det kvalitative interview må man være opmærksom på visse etiske dilemmaer.

Når der udøves kvalitativ forskning, forelægger en asymmetrisk magtrelation mellem forskeren og informanten, idet vi modtager meget personlige oplysninger om informantens levede liv, men samtidig besidder den videnskabelige kompetence og magt til at behandle disse informationer (Brinkmann, 2020, s. 589).

I dette projekt har vi valgt at inkludere informanter, som vi i forvejen har en eksisterende læge-patient-relation til. Dette indebærer en iboende asymmetrisk magtrelation, hvor lægen har beslutningskompetence, som kan have væsentlig indflydelse på patientens liv og behandling. Dette forhold kan påvirke informantens oplevelse af frivillighed, idet der kan opstå bekymring for, at en afvisning af deltagelse vil få konsekvenser for den fortsatte behandling. Ligeledes kan informanten

føle sig tilbageholdende med at dele kritik eller negative erfaringer – særligt hvis disse relaterer sig til den interviewerende læge eller dennes kollegaer – af frygt for fremtidige konsekvenser i behandlingsrelationen.

Derudover rummer interviewet en risiko for, at det ændrer patientens oplevelse af relationen til lægen, idet samtalen om intime og personlige forhold kan opfattes som en forskydning af grænserne for den professionelle kontakt. Disse forhold forpligter intervieweren til at være særligt opmærksom på de etiske implikationer af dobbeltrollen som både behandler og forsker. Kvalitative studier, der omhandler sårbare temaer som traumer og overgreb, kræver i forvejen etiske overvejelser; men i dette tilfælde skærpes disse yderligere af det forudgående og fortsatte behandlingsforhold.

For at imødegå disse udfordringer har vi understreget over for informanterne, at interviewet og projektet skal betragtes som adskilt fra den eksisterende læge-patient-relation. Samtidig har vi gjort det klart, at informanten altid kan henvende sig, hvis deltagelsen eller genaktualiseringen af traumehistorien får helbredsmæssige konsekvenser.

I henhold til Helsinki deklARATIONEN (Deklarationen, 2024) er der indhentet skriftligt, informeret samtykke fra informanterne. Informanterne er blevet orienteret om, at de til hver en tid kan fortryde deres deltagelse i studiet. Optagelserne fra vores interviews er blevet slettet efter opgavens afslutning. Informanterne figurerer uden navn i opgaven og stednavne er fjernet for at sikre anonymitet.

5.5 Analyse af data

De 4 interviews blev optaget på lydfil og samtidig transskriberet direkte ved hjælp af dikter funktionen i Microsoft Word. Dikterfunktionen gav sproglige udfordringer i fht. dialekter, hvorfor alle interviews efterfølgende blev redigeret af interviewer. Pauser blev markeret med ... Følelsesudbrud blev anført i parentes.

Alle interviews er gennemlæst flere gange af os begge i arbejdsgruppen og analyseret vha. nedenstående metode mhp. at få belyst vores forskningsspørgsmål. Ved gennemlæsningen fandt vi frem til flere temaer, der er værd at belyse i resultatafsnittet.

Første gennemlæsning			
Formål	At finde temaer og citater af betydning for forskningsspørgsmålene		
Resultat	Gennemlæsningen gav talrige brugbare citater til belysning af forskningsspørgsmålene. Det gav anledning til 3 hovedtemaer		
Temaer	Kvindens opfattelse af sammenhæng mellem traume og fysiske symptomer	Mødet med sundheds-væsenet	Ønsker til sundhedsvæsenet

Anden gennemlæsning			
Formål	Farvekode citater af betydning for ovenstående temaer		
Resultat	Gennemlæsningen gav anledning til fokus på flere andre sidetemaer		
Temaer	Reaktioner på overgreb	Relationelle forhold	Opvækst

Tredje gennemlæsning			
Formål	Gruppering af citater i relevante hoved- og sidetemaer		
Resultat	Belysning af de 3 hovedtemaer og 3 sidetemaer		
Over-tema	Kvindens opfattelse af sammenhæng mellem traume og fysiske symptomer	Mødet med sundhedsvæsenet	Ønsker til sundhedsvæsenet
Under-tema	Reaktioner på overgreb Relationelle forhold Opvækst		

Gennemlæsning og analyse af interviewmaterialet gav således anledning til identifikation af flere temaer. Nogle af disse havde en direkte relevans i forhold til studiets forskningsspørgsmål, mens andre blev vurderet som indirekte relaterede.

Tre af temaerne er kategoriseret som hovedtemaer, mens yderligere tre betegnes som sidetemaer. Sidstnævnte omfatter: Reaktioner på overgrebet, Relationelle forhold samt Opvækst. Disse temaer er inddraget, da de vurderes at kunne bidrage til forståelsen af de komplekse sammenhænge mellem seksuelle overgreb og funktionelle lidelser. Den videre betydning af disse temaer behandles nærmere i diskussionsafsnittet.

Det tredje hovedtema omhandler informanternes ønsker og erfaringer i mødet med sundhedsvæsenet. Alle informanter frembragte udsagn vedrørende dette, og temaet inddrages derfor også i diskussionen og perspektiveringen.

Da der er tale om kvalitative data, præsenteres resultaterne gennem udvalgte citater fra de fire informanter.

6 Resultater

6.1 Præsentation af informanter

For at skabe overblik præsenteres i nedenstående tabel de fire informanter med relevante nøgleinformationer:

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4
Alder	50 år	55 år	61 år	61 år
Socioøkonomisk status	Førtids-pensionist	Førtids-pensionist	Førtids-pensionist	Førtidspensionist
Uddannelse	Ergoterapeut. Selvstændig.	Delikatesseassistent	Kontorassistent . Merkonom.	Laborant/ miljøteknikker. Pædagog.
Samlivsstatus	Fraskilt. Ej samboende.	Fraskilt. Ingen partner	Gift.	Fraskilt. I fast forhold. Ej samboende

	Måske i et forhold			
Overgrebet				
alder	15 år	8 år	6-7 år	"helt lille", kan ikke rigtig huske det (far) Ca. 8 år (morbror) Alder ukendt (mor)
Relation til overgrebsmand	Arbejdskollega, overordnet i 30'erne	Farbror	Bror (ca 10 år ældre) Bekendt af bror	Far Morbror Mor
Varighed	Enkeltstående tilfælde	9 måneder	7-9 år + Enkeltstående tilfælde	Mere end 10 år. Slutter da hun er ca. 17. Morbror slutter da hun er 8-9 år
Karakter af seksuelt overgreb	Fuldbyrdet voldtægt	Alt andet end direkte samleje	Anden seksuel omgang, men med alderen også samleje Fuldbyrdet Voldtægt	Fuldbyrdet samleje og anden seksuel omgang Morbror: ikke spurgt Mor: grænseoverskridende adfærd: Etagevask sammen. Onani i informantens påsyn.
Modtaget behandling for overgreb	CSM	Ingen	Ingen	Psykoteraapeuter Incestgruppe på Sjælland

Psykiatrisk anamnese				
Tidligere	Spiseforstyrrelse	-	-	Depression Selvmordsforsøg
Nuværende	Belastning, kronisk stress, kompleks PTSD	-	-	ADHD (frafaldes senere)
Funktionel lidelse				
Debutår	2017	2004	1995	2001
Udløsende hændelse	Skilsmisse	Ikke kendt	Falder ned fra stige	Barns fødsel
Symptomer	GI-symptomer Vægttab Koncentrations- - besvær, Ekstrem træthed Ledsmerter Tinnitus	Kroniske rygsmerter Diffuse smerter/smerter i alle led	Kraftesløs. Ikke gå. Ikke tale. Ikke tåle berøring. Voldsom svedtendens "koldsved" Kvalme og svimmelhed Smerter overalt, som kunne flytte sig. Migræne	Kan ikke tåle mad. Alt render lige igennem. Migræne Kan ikke tåle sukker Ekstrem træthed Kroniske smerter Ingen føling i hud
Diagnoser	-		Funktionel lidelse	Fibromyalgi ME
Kontakt til udredende instanser	Gastromedicinsk afd. Reumatolog	Røntgen og scanninger Skagen gigt-og rygcenter	Søvncenter Center for funktionelle lidelser	Psykiater Neuropsykolog Smertecenter

6.2 Kvindens opfattelse af sammenhæng mellem traume og fysiske symptomer

Informanterne blev alle bedt om at besvare, om de så en sammenhæng mellem de seksuelle overgreb, de havde været udsat for i barndommen og de fysiske symptomer, de har været plaget af i voksenlivet.

Det gennemgående i resultaterne er, at informanterne tidligt i deres forløb enten ikke ser en sammenhæng, eller at det blot er en vag fornemmelse.

Informant 2 siger:

"Nej, overhovedet ikke. Tanken har aldrig nogensinde strejft mig, før jeg kom til Skagen [Skagen Gigt- og Rygcenter] her for... Ja et års tid siden, eller hvor lang tid det nu er..." (Informant 2).

Informant 4 siger:

"Jeg spurgte selv fordi, at det er min egen fornemmelse. At alt det jeg har kæmpet, simpelthen nu koster på min fysiske side." (Informant 4).

Hun fortsætter:

"Så det blev jeg ligesom også bekræftet på. At den fysiske krop simpelthen blev lidt ødelagt af. Også fordi jeg aldrig har lyttet til min krop. Fordi hvis jeg skulle mærke den, så mærkede jeg alt muligt andet, ikk'?" (Informant 4)

Samme informant beskriver også sammenhængen som en erkendelse af, at det hun har været udsat for, har givet hende kroniske fysiske mén:

"Jeg skal vente på den dag, jeg bliver voksen. Så kan jeg flytte og så kan jeg forhåbentlig leve mit liv ikk' ? Og så bliver jeg voksen og så finder jeg ud af, jeg bliver ikke engang fri af det der vel." (Informant 4).

Informant 1 beskriver på følgende vis, hvordan hun gradvist får en mistanke om en sammenhæng:

"Jeg lukker åbenbart ned en gang imellem. Og det har så en indflydelse på fordøjelsen, kan jeg efterhånden se mønstre i." (Informant 1).

Hun udtrykker også:

"...så er der så meget i kroppen af et eller andet, stress eller et eller andet, som så skal ud." (Informant 1).

Omvendt har det også været svært at erkende for flere af informanterne, at deres fysiske symptomer ikke har kunnet forklares af andet. Altså haft en organisk forklaring. En informant udtrykker:

"jamen det kan simpelthen ikke passe, der må være noget andet også." (Informant 3).

Fælles for informanterne er, at de først i mødet med en professionel sundhedsperson begynder at se sammenhængen mellem traumet og deres fysiske symptomer. Alle informanter har været i forskellige behandlingsforløb, hvor der er arbejdet med deres tidlige traumer. En informant har bl.a. været på et

ophold på Skagen Gigt- og Rygcenter grundet kroniske smerter, hvor der bliver spurgt ind til traumer og belastninger tidligere i livet. Hun udtrykker:

”Det gav så meget mening for mig fordi, så forstod jeg jo så mange ting bedre.”
(Informant 2).

Informant 3 har et forløb hos en psykolog, som tegner et tidsforløb over livshændelserne, som de efterfølgende kigger på sammen. Informanten siger om dette:

”...og så fordi hun har også sagt, jamen kan du sige, at der er ikke noget, at sige til, at du er endt, hvor du er. Endt med alt det, du har været igennem... Og det kan jeg faktisk godt se...” (Informant 3)

Informant 4 har valgt at opsøge en ME-klinik for egenbetaling og beskriver:

”altså jeg er på ME klinikken altså, det var guld værd på den måde at blive mødt med forståelse for, hvad jeg fejlede og hvorfor jeg fejlede det, og sådan noget.”
(informant 4)

På denne klinik er de meget konkrete og informanten refererer, at de fortæller hende:

”Men cirka 20% er psykisk, altså hvor man har været for eksempel, ja overgreb og sådan noget traumatisk psykisk.” (informant 4)

6.3 Mødet med sundhedsvæsenet

Informanterne beskriver, at de sjældent er blevet spurgt om seksuelle overgreb i deres kontakt med sundhedsvæsenet. Når de selv har nævnt det, har det ofte ikke ført til yderligere dialog:

”Jeg fortalte det faktisk til min læge i X, som var den sidste læge jeg havde, inden jeg flyttede herud, og hvor han så bare siger, at ”det beklager jeg”. Og så nævnte han ikke mere om det og så blev der ikke taget hånd mere om det.”
(Informant 2).

”Altså der er jo ikke... Der er jo ikke nogen... Der er ikke nogen der har spurgt... Altså sådan meget groft sagt. Efterhånden så er der jo kommet til at stå overgreb... Men der er jo ikke... Der er ikke nogen, der har spurgt udover det...”
(Informant 1).

”Der er ingen, overhovedet ikke. Og det er... Ja, det har været forskellige læger selvfølgelig igennem årene og så har det også... Jeg har også været ved rheumatolog og neurolog og altså alle de der specialister, jeg også har været ved. Og Aalborg smerteklinik. Og der er aldrig nogen der har nævnt det med et eneste ord, aldrig nogensinde.” (Informant 2).

Flere informanter oplevede, at sundhedsprofessionelle manglede viden om sammenhængen mellem seksuelle overgreb og funktionelle lidelser.

De beskriver bl.a. deres møde med læger, som følgende:

"men jeg tror faktisk ikke, at han har overhovedet haft den kobling i hovedet, det tror jeg ikke, han har. For så tror jeg, så havde han... For han gjorde jo virkelig alt, hvad han kunne for at hjælpe mig og sendte mig rundt og sendte mig også på Skagen første gang der. Så jeg tror ikke, han har været bevidst om at... Det tror jeg ikke." (Informant 2).

"Jeg tænker jo, at han har gjort sit bedste og det har været fordi, at han ikke har haft kendskab til det her..." (Informant 3).

"Men jeg har aldrig fået nogen diagnose... Og der er absolut ikke nogen, der har koblet det i forbindelse med overgrebet!" (Informant 1).

I forbindelse med deres fysiske symptomer bliver informanterne henvist til forskellige udredninger og undersøgelser. Informanterne beskriver omfattende somatiske udredningsforløb, ofte uden at få en forklaring eller hjælp.

Informant 1 fortæller, hvordan hun oplever at få det dårligere efter konsultationer i sit lægehus:

"Jeg har det skidt, når jeg kommer derfra, der bliver ikke lavet nogen sammenhæng af noget. Så jeg får rigtig mange ting bevilget af medicin, altså sovemedicin" (Informant 1).

Informant 2 har også oplevet at få udskrevet en del medicin, men uden at kunne tåle det og har følt sig opgivet:

"Så det jeg har sådan været lidt opgivet og har prøvet alle de der former for medicin, der også skulle kunne dæmpe på smerterne og har ikke kunnet tåle nogle af dem, så jeg blev sådan lidt opgivet på en måde i systemet." (Informant 2).

Informant 3 er også stødt på læger, der har ordineret medicin, og beskriver:

"... så fik jeg egentlig antidepressiv medicin der også sammen med sovepiller og sådan noget." (Informant 3).

En informant beskriver hvordan, lægerne gerne vil løse hendes problemer, men hver gang et symptom er blevet udredt, dukker der noget andet op:

"...Og mange vil rigtig gerne have rigtig meget på plads. Vi skal lige løse din spiseforstyrrelse. Vi skal lige løse gigten. Vi skal lige løse hovedpinen, hvis det var det... Men der bliver ved at være noget og så kommer der noget andet." (Informant 1)

I feltet mellem psykisk lidelse, traumer og fysiske symptomer uden medicinske forklaringer opstår der hos nogle informanter en følelse af at være mistænkeliggjort eller stemplet som psykisk syge. To af informanterne sætter ord på det, på følgende måde:

"Så det synes jeg, at det har været svært, det der med at man sådan føler sig lidt mistænkeliggjort på den måde." (Informant 2).

"Jeg føler, at jeg har været stemplet." (Informant 4).

"Men du er jo også sådan lidt et psykisk vrage." "Nu er der en ting mere du fejler, right." (Informant 4).

"Så det jeg har følt. Det er, at jeg ikke er blevet taget alvorligt." (Informant 4).

Fælles for vores informanter er, at de alle, på nuværende tidspunkt i deres liv, har anerkendt en mulig sammenhæng mellem deres overgreb og de fysiske symptomer, de oplever i voksenlivet. Erkendelsen er kommet fra forskellige steder. Informant 2 blev konfronteret med den mulige sammenhæng i forbindelse med en indlæggelse på Skagen Gigt- og Rygcenter:

"Inden man kommer derop, så får man sådan et spørgeskema, man skal udfylde med alle mulige oplysninger. Og så skal man så skrive, om man har nogle traumer, man har været udsat for." (Informant 2).

"Og det var så dem, der ligesom oplyste mig omkring det her med hvordan at ens traumer, de kan påvirke dit nervesystem." (Informant 2).

Informant 3 havde et forløb hos Center for Funktionelle Lidelser i Århus og efterfølgende langvarig psykolog behandling:

"Det var det første sted, hvad siger man, at det virkelig blev mødt..." (Informant 3).

"...den sidste øjenåbner virkelig, har jeg fået ved... Det har været ved hende psykologen..." "Hun ville lave sådan et tidsforløb med mig, altså hele mit liv." (Informant 3).

Informant 4 endte med selv at betale for udredning og behandling på ME-klinikken og beskriver kontakten sådan:

"Jeg er på ME klinikken altså, det var guld værd på den måde at blive mødt med forståelse for, hvad jeg fejlede og hvorfor jeg fejlede det." (Informant 4).

Informant 1 er den eneste af informanterne, som har været i behandling hos Center for seksuelt misbrug og siger om dette:

“Så har jeg, grundet en meget dygtig sagsbehandler som så en sammenhæng og et lægeskifte på et tidspunkt, hvor lægen også virkelig så en sammenhæng, blevet indstillet til CSM i Århus” (informant 1)

Om selve forløbet siger hun:

“Jeg blev helt chokeret men tror at jeg har haft 36 konsultationer altså... Det var rigtigt, rigtigt langt forløb... Rigtig godt. Og det er så også, kan man sige, psykolog, som sidder der og varetager det med stor forståelse ind i senfølger for overgreb.” (informant 1)

6.4 Ønsker til sundhedsvæsenet

Informanterne blev alle spurgt til sidst i interviewene, om de kunne komme med forslag til, hvordan mødet med sundhedsvæsenet kunne have været forbedret eller endda været ideelt. Alle informanterne har været igennem talrige udredningsforløb for somatisk sygdom gennem årene. Flere har også haft psykiske lidelser, hvilket både har medført udredninger og behandlinger samt kontakt med det kommunale system, som også kan have en interesse i at få deres sag afklaret, hvilket har ført informanterne gennem flere udredningsforløb. Informanterne må derfor siges at have omfattende erfaring med at møde sundhedsprofessionelle på tværs af forskellige sektorer af sundhedsvæsenet.

Informant 2 siger til dette:

”Jamen så ville jeg ønske, at når de her scanninger og røntgen jo selvfølgelig har vist nogle ting, men ikke har kunnet give 100% en forklaring på hvorfor, at jeg oplever de her smerter, at man så, altså som læge eller anden fagperson, havde tænkt på, kunne det have noget med psyken at gøre.” (Informant 2).

Og fortsætter:

”Og det vil jeg virkelig ønske, at der allerede tilbage dengang, at der var bare en af alle de ting og alle de personer, jeg har mødt i sundhedsvæsenet, bare én der havde spurgt ind til det. Og jeg havde måske kunnet lave den kobling et eller andet sted. Det havde måske også sparret mig for at blive sendt så mange steder hen og komme igennem alle de der ting, ikke også.” (Informant 2).

Informant 1 efterlyser både viden om funktionelle lidelser, men også muligheden for at få samme behandling som, hvis man er, som hun kalder det “reelt er syg”:

”Så nogle der ved noget om det og hvor man ikke kigger på det enkelte symptom og stadigvæk lytter, så man kan være rolig i, at man også får den behandling, som andre gør, hvis man reelt er syg. Det er altså en udfordring.” (Informant 1).

Informant 2, som har en mangeårig historie med kroniske smerter, giver udtryk for, at hun ønskede, at man havde hjulpet hende med at se sammenhængen tidligere:

"Jeg ville ønske, at det var der taget hånd om ja for 10-15 år siden. Virkelig. Det ville jeg virkelig ønske." (Informant 2).

En anden informant svarer derimod, at hun er usikker på, om hun kunne have accepteret denne forklaring tidligere:

"Så jeg ville egentlig ønske, at jeg måske havde fået den (forklaring)... Men så tænker jeg også, at jeg heller ikke har været klar til det før... Fordi jeg har jo stadigvæk svært ved altså at snakke om det..." (Informant 3).

Informanterne efterlyser også, at der hos sundhedsprofessionelle er viden, om hvad man skal stille op med patienter, der har været udsat for et seksuelt overgreb:

"Altså at der er en, der, når man møder systemet, så siger, okay du har det overgreb, så er det simpelthen de her mennesker, der har det som omdrejningspunkt. Altså sådan... Det kan godt være, at man ikke kan selv, at man ikke aner en pind eller noget..." (Informant 1).

Og at der er en viden om, og findes specialiseret behandling til senfølger:

"Altså der er ikke ret meget diskussion, hvis man møder en, der har voldsom diabetes, men ikke aner noget som helst om det, så ved man godt, hvor man skal sende dem hen. Det mangler jeg!" (Informant 1)

Hun efterlyser også, at man ikke bliver sluppet igen. Svarende til at man med en alvorlig somatisk diagnose, som kræver specialviden, bliver fulgt i et ambulatorium:

"Så mangler jeg, at man kan blive der. For man bliver afsluttet. Og jeg må simpelthen sige, at når man har et seksuelt overgreb, det bliver altså ikke afsluttet. Det har man bare med sig alltime" (Informant 1)

Hun efterspørger også en tovholder i sundhedsvæsenet:

"Jeg har aldrig haft nogen, der har kunnet tage den her... Det her tov og have fat i den anden ende. Så det ville jeg ønske. Jeg ville ønske, at der ligesom var et eller anden form for team, som træder ind." (Informant 1).

En anden informant er mere beskeden i sine ønsker, hun siger:

"Jeg har sindssygt meget brug for trøst. Så jeg kunne godt have haft brug for at blive anerkendt på, at det har sgu nok været lidt svært." (Informant 4)

og tilføjer:

"Men en følelse af at blive taget alvorligt." (Informant 4).

6.5 Reaktioner på overgrebet

I forbindelse med vores interviews dukkede flere relevante temaer op. Blandt andet stødte vi på flere resultater, der beskriver informanternes reaktioner på overgrebene. I diskussionen vil vi belyse,

hvordan disse beskrivelser kan forstås i relation til udviklingen af den funktionelle lidelse, samt hvordan de relaterer sig til eksisterende viden. Der findes både citater, som belyser den psykologiske belastning, barnet bliver udsat for, og citater, der kan kaste lys over de kognitive udfordringer.

To af informanterne har vanskeligt ved at huske de tidsmæssige forhold omkring overgrebene.

Informant 3 svarer til spørgsmålet, hvor gammel har du været?:

"Jamen altså... Jeg kan som sagt ikke helt huske, hvad der skete... Men der har jeg nok været 6-7 år, tror jeg..." (Informant 3)

Ligeledes er det vanskeligt for hende at huske hvornår overgrebene stoppede:

"Jeg tror, at jeg selv fik sat en stopper for det. Men det var sent... Ja, det var jo svært for mig... Og jeg tror, at der var jeg nok 14-15 år..." (Informant 3)

Informant 4 som har været udsat for overgreb fra både sin mor og far samt en morbror, siger:

"...så har jeg svært ved at vurdere, hvor gammel jeg var, på hvilket tidspunkt. Det har jeg aldrig rigtig kunnet. Jeg har altid troet, jeg var meget ældre end jeg var med nogle ting. Nu ved at det var jeg i hvert fald ikke." (Informant 4).

Reaktionerne på overgrebene beskrives på forskellige måder. Informant 2, som var 8 år, da overgrebene stod på, beskriver:

"Jeg blev er hunde, hunderød. Virkelig, virkelig, virkelig, virkelig bange." (Informant 2)

Hun beskriver for os, hvad der sker i selve overgrebssituationen:

"Og det var sådan helt -og det var det jo hver gang- det var sådan en ud af kroppen-oplevelse, hver gang han gjorde det. Ligesom om at jeg fløj ud af kroppen og hang oppe under loftet og kiggede ned på mig selv. Jeg frøs jo fuldstændig til is og turde ikke gøre andet end det, han sagde til mig, at jeg skulle gøre." (Informant 2)

Informant 1 beskriver hvordan hun fryser i situationen:

"... Men jeg fryser egentlig. Så det jeg egentlig gør er, at jeg råber hele vejen igennem det her overgreb, men der kommer ikke nogen lyd ud. Så råber både på nogen, jeg skriger egentlig bare for at skride, jeg beder egentlig ham om at flytte sig og sådan... Men altså jeg ligger på ryggen og jeg har armene i en bestemt position og jeg har hovedet til siden. Og der bliver jeg egentlig. Og så registrerer jeg ikke altså... Eller hvad kan man sige... Så tænker jeg, hvis nogen analyserer det, så spiller jeg egentlig død, indtil det ligesom sådan... Han er færdig, kan man sige... " () "Det... Jeg siger det, men det kommer ikke med ud af min mund... Det gør det simpelthen ikke." (Informant 1).

Informant 2 beskriver hvordan hun også bliver truet og manipuleret til tavshed:

“Den første gang, kan jeg huske, at da han så var færdig med det, han så ville gøre, at så kom de der trusler med, at jeg skulle ikke sige det til nogen. Og jeg ville ikke gøre ham ked af det og min mor og far ville også blive kede af det eller blive sure på mig eller ja hvad han nu har forsøgt sig med ikke? (...) Jeg følte, at jeg beskyttede min mor og far på den måde ved ikke at sige noget.” (Informant 2).

En af informanterne beskriver, hvordan hun oplever den konstante belastning, hun har været udsat for. Hun fortæller om en periode under overgrebene, hvor hun var fyldt med frygt for døden, og hvordan hun håndterede denne oplevelse:

“...at jeg faktisk hver eneste aften, jeg gik i seng, sagde jeg farvel til alt. Når jeg gik hjem fra skole, sagde jeg farvel til ... Det er okay at blive berørt, ikk? (bliver grådkvalt)... Skolen som jeg var enormt glad for, fordi det var mit frirum. Sagde farvel til alt fordi, at han forsøgte tit at kvæle mig, så jeg vidste jo ikke; er jeg her i morgen eller er jeg her ikke i morgen. ” (Informant 4).

6.6 Relationelle forhold

Vi stødte på flere resultater, der omhandlede den relation, informanterne havde til deres overgrebsmand. Desuden fandt vi også citater, der belyser, hvordan de forholder sig til relationsdannelse i deres nuværende liv.

Informant 2, som blev misbrugt af sin farbror, da hun var omkring 8 år, siger:

“Og var så knust over at han på den måde havde misbrugt min tillid til ham, at han virkelig havde knust den der, at han havde ødelagt den der ene gode relation, jeg havde til et voksent menneske. Jeg er ked af det...” (Informant 2).

Hun beskriver også, hvordan han groomede hende ved at vise hende særlig interesse i en familie, hvor hun ellers ikke fik opmærksomhed overhovedet:

“Og han var jo min, han var min yndlingsonkel. Og han var jo den jeg, når jeg var ked af det og min mor har været hidsig eller slået mig eller hvad hun havde fundet på, så var det jo ham og min farfar, som jeg så cyklede hen til. Det var ham, jeg tog på ture med og vi kørte på hans knallert og vi fiskede og vi tog i skoven.” (Informant 2).

Informant 1 var også udsat for grooming fra sin overgrebsmand frem til selve voldtægten og beskriver det på denne måde:

“Så gør mig voldsomt interessant, af alt det der, jeg egentlig gerne vil, men ikke er blevet mødt med i min familie. Og jeg husker det som, at dem der ellers er omkring ham og de andre servitricer og dem som er ældre, de synes, han er småklam. Og det hører jeg, men jeg opfatter det ikke... Så det der med, at han sådan nogle gange kommer lidt tæt på og spørger og sådan lige gider at stå i køkkenet 2 minutter og sådan altså... Jeg suger alt den der falske nærhed altså...” (Informant 1).

Konsekvenserne ift. relationsdannelse beskrives af vores 4. informant som har været udsat for overgreb fra sin far:

"Siden da har jeg ikke rigtig kunne finde ud af det der med mænd." (informant 4)

Og en anden siger:

"Ja, jeg elsker at bo alene og være alene" (Informant 2)

Informant 3 som er gift udtaler:

"...Men jeg har jo egentlig altid haft det svært ved sex..." (Informant 3)

6.7 Opvækst

I tillæg til seksuelle overgreb kan også andre belastende forhold i barndommen øge risikoen for udviklingen funktionelle lidelser. Omvendt er der i baggrundsafsnittet også gjort rede for at et støttende og omsorgsfuldt netværk kan nedsætte risikoen for senfølger.

Alle 4 informanter beskriver dårlige opvækstvilkår og mangel på omsorgsfulde voksne i deres barndom.

Informant 1 fortæller:

"Jeg har ikke haft ret meget forældrestøtte." (Informant 1)

"jeg har haft den her dysfunktionelle familie, jeg er vokset op i" (Informant 1)

"...at det er jo selv min opvækst, som var helt håbløs" (Informant 1)

Og hun giver også selv udtryk for en forståelse for, at effekten af et overgreb kan forstærkes i kraft af andre belastende faktorer

"...så kan jeg se at de senfølger, der er efter et overgreb, og langt de fleste af os har lidt andet med, det er derfor overgrebet bliver så voldsomt, det er jo tit fordi vores netværk er svagt samtidig, så vi går med det selv. Så det bliver voldsomt massivt." (Informant 1)

Informant 2 beretter:

"jeg voksede op med en mor, som var narcissistisk. Hun var psykisk syg, meget ustabil emotionelt. Der var ingen kærlighed eller tryghed eller forståelse" (Informant 2)

"når jeg var ked af det og min mor har været hidsig eller slået mig eller hvad hun havde fundet på..." "Vi gik for lud og koldt vand både min søster og jeg." (Informant 2)

Informant 3 fortæller:

"Jeg er født på landet med nogle ringe kår og har 3 store brødre, hvor den yngste var 8 år ældre end mig. Jeg kan godt sådan altså... Jeg kan jo sagtens se i dag, at

altså jeg havde en rigtig træls barndom altså... Min mor hun var meget slem og slog og sådan nogle ting..." (Informant 3)

"Altså det var... Altså... Jeg fik lov til meget at passe mig selv... Der var meget konflikt i mit hjem. Min mor og far skændtes rigtig meget og slåssede og sådan..." (Informant 3).

Informant 4 om sin opvækst:

"Men så hvornår min far er startet, ved jeg ikke. Men det er jo stået på i mange, mange år. Og det var tit, ja næsten hver nat. Og han var meget voldelig..." (Informant 4)

"Jeg boede jo rigtig meget hos min mormor. Min mor kunne ikke rigtig have mig. I de små år, der boede jeg hos min mormor, som er voldelig. Så der blev jeg tæsket." (Informant 4)

Og da hun bliver spurgt: "Havde du nogen voksen omkring dig som støttede dig og var omsorgsfulde?"

"Nej. Ingen." (Informant 4)

7 Diskussion

Diskussionen indledes med en gennemgang af den eksisterende viden om sammenhængen mellem seksuelle overgreb i barndommen (CSA) og funktionelle lidelser. Herefter følger en drøftelse af de to hovedtemaer, der er identificeret gennem interviewanalysen, og som knytter sig tæt til forskningsspørgsmålene. De sidetemaer, som også har vist sig relevante under analysen, inddrages i forlængelse heraf. Diskussionen rundes af med en behandling af det tredje hovedtema, som vedrører informanternes oplevelser af og ønsker til mødet med sundhedsvæsenet. Afslutningsvis følger en refleksion over undersøgelsens styrker og begrænsninger, med særligt fokus på, hvordan den kvalitative tilgang har influeret resultaterne.

7.1 Baggrundsviden om sammenhængen mellem funktionelle lidelser og CSA

Vores undersøgelse tager udgangspunkt i den eksisterende evidens for en sammenhæng mellem seksuelle overgreb i barndommen (CSA) og funktionelle lidelser. I baggrundsafsnittet er der refereret til flere studier, som påviser en sådan sammenhæng, men det forekommer relevant at vurdere både styrker og svagheder ved den nuværende forskning og viden på området.

Generelt set er der flere gennemgående udfordringer i den eksisterende forskning vedrørende både CSA og funktionelle lidelser. En af de primære udfordringer er variationen i terminologi og definitioner. For eksempel kræver det anvendelse af et bredt spektrum af søgeord for at identificere litteratur om funktionelle lidelser. I Danmark er den mest anvendte diagnostiske betegnelse, *bodily distress syndrome*, dels relativt ny, og dels ikke internationalt anerkendt i samme grad. Selvom vi havde ønsket at finde mere præcis data, der undersøger sammenhængen mellem CSA og funktionelle lidelser som et samlet begreb, har vi ikke været i stand til at identificere artikler, som fokuserer direkte på denne specifikke sammenhæng. Der er dog flere studier, som undersøger CSA i relation til undergrupper af funktionelle lidelser. I flere af disse studier fremhæves behovet for yderligere forskning på området.

Der er således i adskillige studier fundet en signifikant sammenhæng mellem CSA og forskellige typer funktionelle lidelser, men undersøgelsen har ofte været baseret på forskellige diagnostiske betegnelser. Eksempler på dette inkluderer fibromyalgi, non-epileptiske anfald, kroniske bækken smerter, irritabel tarm og andre diagnoser, der er nævnt i afsnittet om funktionelle lidelse (Paras, 2009). Et andet systematisk scoping review fra 2021 dokumenterer også en signifikant sammenhæng mellem CSA og somatisering, men forsøger at identificere specifikke funktionelle symptomer, der kunne være forbundet med CSA. Her konstateres en inkonsistent sammenhæng med kroniske smerter. Reviewet omfatter dog kun syv artikler, og forfatterne anerkender selv, at det begrænsede antal artikler udgør en svaghed ved analysen (Iloson, 2021).

I et tværsnitsstudie af Jacobsen et al. (Jacobsen F. B., 2023) som benytter data fra *Danish Study of Functional Disorders* (DanFunD) (Kårhus, u.d.) undersøges sammenhængen mellem seksuelle overgreb og funktionelle symptomer. Dette studie er det første store, koordinerede epidemiologiske studie med fokus på *Functional Somatic Disorders* (FSD). Formålet med undersøgelsen er at kortlægge de symptomer, som personer med erfaringer med seksuelle overgreb rapporterer, samt at analysere, hvordan overgrebenes sværhedsgrad relaterer sig til antallet og intensiteten af funktionelle symptomer. En svaghed ved dette studie er, at data om overgreb er retrospektive, hvilket medfører en risiko for hukommelsesbias. Derudover rapporteres der ikke om, hvilken alder de udsatte havde, da overgrebene fandt sted, hvilket kunne have været relevant for vores egne analyser. I alt deltog 7.493 personer i studiet, heraf 235, som oplyste at have været udsat for seksuelle overgreb – 190 af disse var under 18 år, da overgrebene fandt sted. Denne information gør studiet relevant for vores undersøgelse.

Resultaterne viser en stærk association mellem funktionelle lidelser og seksuelle overgreb på alle de valgte symptomer, især for multi-organ FSD. Der findes også en signifikant sammenhæng mellem sværhedsgraden af det seksuelle overgreb og risikoen for at udvikle FSD. Forskerne har korrigeret for både fysiske og følelsesmæssige overgreb og påviser stadig en signifikant sammenhæng mellem CSA og FSD. Dog understreger de, at sammenhængen mellem adverse childhood experiences (ACE),

fysiske og emotionelle overgreb samt seksuelle overgreb er kompleks og ofte sameksisterende, hvilket nødvendiggør yderligere forskning på området. Da det er et tværsnitsstudie, kan der ikke drages konklusioner om kausalitet, men studiet understøtter tydeligt en sammenhæng mellem CSA og FSD og indikerer, at sværhedsgraden af overgrebene har betydning for risikoen for at udvikle FSD.

På trods af den eksisterende evidens, er det interessant, at 3 af informanterne i vores studie har peget på, at de i deres møder med lægerne har oplevet en mangel på kendskab til sammenhængen mellem funktionelle lidelser og seksuelle overgreb i barndommen, som det også fremgår af afsnit 6.3.

7.2 Diskussion af resultater

7.2.1 Kvindens opfattelse af sammenhæng mellem traume og fysiske symptomer

I det første hovedtema fremkommer flere resultater, hvor kvinderne deler deres opfattelse af sammenhængen mellem deres fysiske tilstand og det faktum, at de har været udsat for seksuelle overgreb.

Alle kvinderne udtrykte, at de i dag forstår, at der er en sammenhæng mellem deres tidligere overgreb og deres fysiske lidelser. Denne erkendelse var dog ikke umiddelbart til stede. Et fællestræk for alle informanterne er, at de først efter flere år blev bekræftet i, at der faktisk eksisterer en forbindelse. For samtlige informanter kom den endelige bekræftelse på, at overgrebene havde en væsentlig indflydelse på deres fysiske lidelse, fra en sundhedsprofessionel. Dette understøtter en generel udfordring for mange mennesker med funktionelle lidelser: Selvom de ofte oplever meget håndgribelige fysiske symptomer, er det en svær erkendelse at forstå, at der ikke findes en organisk forklaring. Denne erkendelse kan være langvarig og tage tid (Hauge, 2024, s. 200).

Processen med at nå frem til diagnosen funktionel lidelse er ofte langvarig. Det er velkendt, at mange undersøgelser – som i nogle tilfælde kan være overflødige – udgør en iatrogen faktor, der kan bidrage til vedligeholdelse eller mulig forværring af den funktionelle lidelse (Simonsen, 2024, s. 436). Vores informanter har alle været igennem flere forløb i sundhedsvæsenet for at få stillet en diagnose. Om disse undersøgelser har været overflødige, kan vi ikke bedømme, da patienter med funktionelle lidelser naturligvis bør gennemgå relevante undersøgelser og somatisk sygdom skal udelukkes.

Informanterne giver dog udtryk for, at det har haft en positiv effekt på dem at erkende sammenhængen mellem deres overgreb og fysiske symptomer.

Informant 2 siger:

*”Det gav så meget mening for mig fordi, så forstod jeg jo så mange ting bedre.”
(Informant 2).*

Informant 4 siger:

”det var guld værd på den måde at blive mødt med forståelse...”

Som beskrevet tidligere i studiet er det først et stykke inde i informanternes sygdomsforløb, at de bliver bekendt med sammenhængen mellem deres fysiske lidelse og seksuelle overgreb i barndommen – en viden, som primært formidles af en sundhedsprofessionel. Det ser således ud til,

at de to hovedtemaer i vores undersøgelse er tæt forbundne. Der synes at være en sammenhæng mellem, hvorvidt behandleren er opmærksom på forbindelsen mellem seksuelle overgreb i barndommen og funktionelle lidelser, og hvordan informanten mødes af den sundhedsprofessionelle samt i hvilken grad informanten selv anerkender denne sammenhæng.

Dette leder os videre til det næste tema.

7.2.2 Mødet med sundhedsvæsenet

Patienter med funktionelle somatiske lidelser (FSD) er i risiko for at blive stigmatiseret i mødet med sundhedsvæsenet. I behandlingssystemet eksisterer der fortsat en tendens til en dualistisk tankegang, hvor lidelser opdeles i psykiske eller somatiske kategorier. Selvom diagnosen funktionel lidelse nu er placeret i den neutrale del af diagnosesystemet, vil nogle behandlere stadig have den opfattelse, at “det foregår mellem ørerne” (Rosendal, 2023). Dette kan medføre, at patienterne ikke tages alvorligt og i stedet risikerer at blive sendt til mange overflødige undersøgelser. Vores data fra informanterne, som beskrevet i afsnit 6.3, afspejler en tydelig tendens i denne retning.

Patienter, der har været udsat for seksuelle overgreb, er desuden i risiko for ikke at blive mødt med den nødvendige anerkendelse fra behandlere. Denne mangel på forståelse kan medføre både risiko for fejlbehandling og for misforståelser mellem patient og læge (Havig, 2008).

Det er velkendt, at læger generelt har vanskeligheder med at adressere emner som seksualitet, hvilket inkluderer seksuelle overgreb. Dette emne falder ofte ind under et to-vejs-tab, hvor både læger og patienter møder barrierer. Læger kan opleve hindringer som manglende tid, utilstrækkelig viden og mangel på passende redskaber til at håndtere og behandle sådanne emner. Samtidig kan patienterne også have vanskeligheder med at bringe emnet op, hvilket yderligere komplicerer kommunikationen og behandlingen (Graugaard, 2019, s. 688-690).

Informanterne i vores studie har alle oplevet et sundhedsvæsen, som ikke spørger til overgrebshistorie, og hvis det er kommet frem, bliver det ikke grebet af behandleren. De har givet udtryk for, at de føler det kan være manglende viden om sammenhængen mellem CSA og FSD. De giver også udtryk for at have følt sig stemplet og ikke at blive taget alvorligt, både i relation til fysiske symptomer, psykisk sygdom og tidligere overgreb.

Hvad ved man om betydningen af, om man bliver spurgt ind til emnet? Forbedrer det kvaliteten af behandlingen, hvis en sådan sammenhæng identificeres? Det vil sige, om det har betydning for en overlever af seksuelle overgreb i barndommen at få sin historie anerkendt som voksen i forbindelse med et eventuelt sygdomsforløb. Havig har gennemført et systematisk review, der undersøger overgrebsofres erfaringer med sundhedsvæsenet. Formålet med studiet er at undersøge: 1) Hvilke metoder der er implementeret og afprøvet i forhold til at tilbyde empatisk og effektiv behandling til denne patientgruppe og 2) at indsamle data fra overlever om deres faktiske erfaringer med sundhedsvæsenet. Reviewet samler data fra 10 studier, heraf 6 kvantitative, 3 kvalitative og 1 mixed methods. En vigtig konklusion fra studiet er, at anerkendelse og et passende, empatisk respons på en patients overgrebshistorie kan have en betydelig indvirkning på behandlingsforløbet. På trods af de svagheder, der er forbundet med studiet – herunder få deltagere og et begrænset antal studier – bekræfter Havigs review, at det er afgørende, at sundhedsprofessionelle lærer at spørge ind til

overgreb og møde patienterne på en passende måde. Dette kan nemlig have en betydelig indvirkning på behandlingsresultaterne (Havig, 2008).

Spørgsmålet om, hvorvidt sundhedsvæsenet anerkender en eventuel overgrebshistorie hos patienter med funktionelle somatiske lidelser (FSD), leder os videre til spørgsmålet om, hvorvidt denne viden bør have betydning for behandlingen. På nuværende tidspunkt tilbydes samme behandling til alle patienter med FSD ved Center for Funktionelle Lidelser i Danmark, uanset om de har en historik med seksuelle overgreb.

Et interessant prospektivt studie af patienter med funktionel neurologisk lidelse, der inkluderede 64 deltagere, har undersøgt behandlingseffekt i gruppen. Her fandt man en signifikant dårligere behandlingseffekt blandt de patienter, der havde været udsat for seksuelt misbrug. Forfatterne konkluderer, at der er behov for yderligere forskning for at undersøge denne forskel i behandlingseffekt (Feltz-Cornelis, 2020). Dette studie åbner for overvejelser om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at tilbyde samme behandling til alle patienter med funktionelle lidelser, uanset deres baggrundshistorie.

Det er særligt interessant, hvis patienter med FSD, der har været udsat for seksuelle overgreb, oplever en dårligere behandlingseffekt ved konventionel behandling. Dette åbner naturligvis for behovet for yderligere studier, hvor behandlingseffekten undersøges i forskellige grupper.

Et andet aspekt er, om sundhedsvæsenet i mødet med ofre for overgreb og FSD rent faktisk kan skade patienterne. Når man taler om skade, kan dette omfatte flere typer negative effekter. For eksempel kan bivirkninger fra psykofarmaka være en risiko. Flere af vores informanter har givet udtryk for, at de er blevet tilbudt medicinsk behandling, som har haft en forværrende effekt på deres tilstand. Det kan dog være relevant at afprøve medicinsk behandling, og da bivirkninger er en risiko, kan man måske ikke nødvendigvis betegne disse som decideret skadelige effekter. Et andet aspekt er reviktimiseringen, der opstår ved manglende anerkendelse af patienternes oplevelser. Dette kan ske, hvis patienterne ikke får deres fysiske lidelse anerkendt, eller hvis de ikke bliver mødt med empati, når de deler deres overgrebshistorie.

Vi har nu diskuteret to af vores 3 hovedtemaer. Nemlig de temaer som relaterer sig mest til vores problemformulering. Vi fandt ved analysen af data endvidere nogle gennemgående temaer, som synes relevante, og som kunne have indflydelse på besvarelse af forskningsspørgsmålene og på konklusionen. Data om informanternes opvækstforhold, deres reaktioner på overgreb og relationelle forhold diskuteres, da de kan have indflydelse på risikoen for udviklingen af senfølger, copingstrategier og prognose og samlede helbred (Elklit, 2015).

7.2.3 Reaktioner på overgrebet

To af informanterne har oplyst, at de har svært ved at huske flere aspekter af deres traumer. Informant 3, der blev misbrugt af sin 8 år ældre bror, samt informant 4, der har været udsat for overgreb i længere tid af både sin far, sin mor og sin morbror, oplever begge udfordringer med at huske, hvornår overgrebene begyndte, hvad der præcist fandt sted, og hvornår de sluttede. Dette kan indikere forskellige former for amnesi, som kan have betydning for pålideligheden af de oplysninger, de giver om deres historie. I flere af de eksisterende studier, der undersøger sammenhængen mellem funktionelle somatiske lidelser (FSD) og seksuelle overgreb i barndommen (CSA), er en af de væsentlige svagheder, at der kan være risiko for recall bias. Dette gælder især i retrospektive undersøgelser, hvor deltagerne bliver bedt om at huske og rapportere deres tidligere oplevelser, herunder seksuelle overgreb. I denne type forskning kan risikoen for recall bias være særlig høj, da hukommelsen om traumatiske hændelser kan være fragmenteret eller helt udeblive, som beskrevet af informanterne.

Traumeamnesi, eller traumatisk amnesi, refererer til en delvis eller total manglende evne til at huske traumatiske hændelser. Denne hukommelsesblokering sker ofte som følge af psykisk overbelastning under eller efter traumet, og kan ses som en psykologisk forsvarsmekanisme, hvor individet forsøger at beskytte sig mod overvældende angst, skam eller smerte ved at 'lukke ned' for traumet (Staniloiu, 2014). Dissociation, en tilstand hvor en person frakobles fra sin oplevelse, kan også være tæt forbundet med amnesi. I DSM-5 er dissociativ amnesi en diagnose, der beskriver en manglende evne til at huske væsentlig autobiografisk information, typisk relateret til traumatiske eller stressende begivenheder, som ikke kan forklares ved almindelig glemsomhed. Flere af vores informanter beskriver reaktioner, der kan tolkes som dissociation, hvilket kan hjælpe os med at forstå, hvordan traumatiske oplevelser, som seksuelle overgreb, håndteres gennem dissociation og kan være relateret til hukommelsesproblemer.

Når man undersøger sammenhængen mellem CSA og funktionelle lidelser i forskningen, er det ofte baseret på retrospektive oplysninger fra deltagerne om deres barndomsoplevelser. Det er derfor forståeligt, at der udgør en betydelig udfordring at tage højde for de kognitive barrierer, der kan være forbundet med traumatiske minder. Det er vigtigt at anerkende, at informanternes erindringer om traumet skal forstås i lyset af de kognitive udfordringer, de måtte have, og dette bør tages i betragtning, når man tolker deres historier. Da vores studie ikke har til hensigt at drage kausale slutninger, men udelukkende sigter mod at belyse informanternes oplevelser, mener vi, at dette ikke har væsentlig indflydelse på resultaterne eller konklusionerne. Ikke desto mindre er det et interessant fund i vores data, at alle fire informanter rapporterer om hukommelsesforstyrrelser og/eller dissociation.

7.2.4 Relationelle forhold

Både seksuelle overgreb i barndommen (CSA) og en dysfunktionel familiedynamik kan potentielt have en betydelig indvirkning på barnets tilknytningsproces. Desuden kan disse faktorer spille en væsentlig rolle i udviklingen af individets copingstrategier. Elklit et al. har identificeret en sammenhæng mellem tilknytningsstil og effekten af behandling af posttraumatisk stresslidelse (PTSD). De påpeger også, at et individs copingstil har en direkte indvirkning på behandlingsforløbet. Deres konklusion understreger, at en velfungerende emotionel coping samt tilstedeværelsen af god social støtte kan have en positiv effekt på behandlingen af personer, der har været udsat for seksuelle overgreb.

Selvom vi fandt færre citater relateret til dette undertema sammenlignet med de øvrige temaer, anser vi dem som værende interessante, da de kan relateres til eksisterende viden om påvirket tilknytning og mestringsstrategier. Elklit et al. har undersøgt behandlingens effekt på PTSD og ikke på fysiske symptomer (Elklit, 2015). Vi mener alligevel at undersøgelsen har en relevans, da patienternes mestringsstil også ved FSD kan have en betydelig indvirkning på både sværhedsgrad af og behandlingseffekt. Derfor finder vi det relevant at inddrage de data, informanterne har fremlagt, som kan være med til at belyse, hvordan deres mestringsstrategier og tilknytningsstil er blevet udviklet. Tre ud af de fire informanter har været udsat for misbrug af et nært familiemedlem og har ikke modtaget støtte fra andre voksne. Den sidste informant der bliver voldtaget af en meget ældre kollega, har før voldtægten dannet en betydningsfuld relation til overgrebsmanden. Hun beskriver, at hun ikke har følt sig set i sin egen familie, men pludselig møder, hvad hun oplever som ægte interesse hos en voksen. Denne følelse bliver meget hårdhændet ødelagt, da han voldtager hende. Imidlertid er deres relation ikke afbrudt. Hun fortsætter med at møde ham, da hun de følgende somre vender tilbage til arbejdspladsen i et sommerferiejob. Der er altså, også for denne informants vedkommende, tale om et svært tillidsbrud i en betydningsfuld relation.

7.2.5 Opvækst

Alle fire informanter beskriver belastede opvækstvilkår, som nævnt i afsnit 6.7. De fortæller om dårlige forhold, både emotionelle og fysiske overgreb, samt om begrænset adgang til omsorgsfulde og støttende voksne. Disse beretninger er i overensstemmelse med eksisterende forskning, der viser, at børn fra socialt udsatte baggrunde er i øget risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb (Graugaard, 2019, s. 953). Derudover viser forskning, at tilstedeværelsen af ACE-faktorer (Adverse Childhood Experiences) samt fysisk og emotionelt misbrug øger risikoen for udvikling af funktionelle lidelser (Jacobsen F. B., 2023).

Formålet med vores studie er dog ikke at påvise en kausal sammenhæng mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. Ikke desto mindre er det et interessant fund, at alle fire informanter, som har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, også beskriver dårlige opvækstvilkår, selvom dette ikke var en del af inklusions- eller eksklusionskriterierne. Dette understøtter den eksisterende viden om, at andre former for barndomstraumer ofte koeksisterer med seksuelle overgreb. Det illustrerer også et problem, der ofte nævnes i litteraturen: det kan være vanskeligt at fastslå, om det er den ene type traume eller den anden, der fører til de senere senfølger, i dette tilfælde funktionelle lidelser.

Flere af de studier, vi har gennemgået, adresserer dette problem ved at forsøge at korrigere for confounding faktorer som ACE. Disse studier viser, at der fortsat er en signifikant association mellem seksuelle overgreb i barndommen (CSA) og funktionelle lidelser (FSD), selv når der tages højde for sådanne confoundere (Fergusson, 2013), (Jacobsen F. B., 2023).

De neurobiologiske og psykiatriske konsekvenser af omsorgssvigt og misbrug er veldokumenterede. Prævalensen af traumatiske oplevelser i barndommen er betydelig, og det estimeres, at mellem 25 og 45 % af børn har været udsat for ét eller flere traumer i barndommen, herunder omsorgssvigt samt fysisk eller seksuelt overgreb. Der synes endvidere at være en sammenhæng mellem sådanne oplevelser og udviklingen af tilknytningsstil, hvilket kan have betydning for individets evne til at profitere af behandling for psykiatriske lidelser (Heim, 2010).

To af informanterne i nærværende studie har oplyst, at de har haft psykiatriske lidelser. Informant 1 har fået diagnosticeret PTSD, mens informant 4 har en historie med depression og selvmordsforsøg i ungdomsårene. Disse oplysninger bidrager til beskrivelsen af den komplekse dynamik, som præger samspillet mellem traumer, psykisk sygdom, somatiske symptomer og behandlingseffekt. Vores data understøtter dermed litteraturens beskrivelse af de udfordringer, der knytter sig til at forstå og behandle denne gruppe patienter – både i forhold til hvordan barndomstraumer kan disponere for udviklingen af psykisk sygdom, og hvordan både traumatisering og psykisk lidelse kan påvirke individets evne til at drage nytte af behandling.

Efter at have diskuteret de to overordnede temaer, der er centrale for vores forskningsspørgsmål, samt de tilhørende undertemaers betydning, vil vi nu fokusere på det sidste hovedtema. Dette omhandler informanternes ønsker og forventninger til sundhedsvæsenet. I det følgende afsnit analyseres disse ønsker i relation til de nuværende forhold i sundhedsvæsenet.

7.2.6 Ønsker til sundhedsvæsenet

Der er mange forhold, der bør overvejes i forbindelse med udviklingen af behandlingstilbud til denne patientgruppe. Udover de faglige hensyn spiller både personalemæssige og økonomiske ressourcer en væsentlig rolle. Det ligger uden for nærværende studies rammer at inddrage alle disse aspekter. Informanternes ønsker til sundhedsvæsenet kan dog bidrage med relevante perspektiver og drøftes i forlængelse heraf.

De behov og ønsker, informanterne udtrykker, kan sammenfattes som følgende:

- En anerkendende og lyttende tilgang
- At blive taget alvorligt
- Tilgang til specialiseret behandling i tværfaglige teams
- En fast tovholder i behandlingsforløbet
- At blive sidestillet med patienter med somatiske sygdomme (eksempelvis nævnes diabetes)
- At undgå at blive afsluttet for tidligt
- At der bliver spurgt aktivt ind til traumer og overgreb

Disse ønsker har bemærkelsesværdige ligheder med de centrale anbefalinger, der fremgår af Havigs systematiske review (Havig, 2008).

Set i lyset af, at der er tale om patienter med betydeligt nedsat livskvalitet og funktionsniveau samt komplekse problemstillinger af både psykisk, somatisk og social karakter, kan det argumenteres for, at der er behov for specialiseret behandlingstilbud. Center for Funktionelle Lidelser (CFL) har aktuelt specialfunktion på området. I Region Midtjylland er den nuværende ventetid cirka 17 måneder, mens ventetiden i Region Nordjylland ligger omkring 12 måneder. CFL varetager alene behandling af de mest komplekse tilfælde – defineret som patienter med et så lavt funktionsniveau, at dagligdags funktioner er væsentligt påvirket. I Aarhus er der dog nyligt etableret et såkaldt fast track-forløb, som kan tilbyde udredning inden for tre måneder, forudsat at visse kriterier er opfyldt. I modsætning til mange somatiske specialer eksisterer der imidlertid ingen ventetidsgaranti inden for behandling af funktionelle lidelser.

Et andet tilbud er behandling via Center for Seksuelt Misbrugte (CSM), hvor patienten selv kan henvende sig uden lægehenvielse. Ved seneste henvendelse til CSM i Aarhus oplystes en ventetid på omtrent ét år.

Ifølge informanterne har mødet med sundhedsprofessionelle ved netop CFL og CSM været præget af størst anerkendelse og forståelse. Informanternes ønsker til sundhedsvæsen og behandlere er således relevante i diskussionen om organisering og tilgængelighed af behandlingstilbud. Samtidig rummer de vigtige indsigter, som sundhedsprofessionelle bør være opmærksomme på i mødet med denne patientgruppe.

7.3 Styrker og svagheder

Forskning i emner som funktionelle lidelser og seksuelle overgreb i barndommen er metodisk udfordrende, da disse fænomener ikke umiddelbart lader sig måle objektivt. I kvantitativ forskning må man i vid udstrækning anvende selvrapporteringsdata, og for at sikre mulighed for generalisering og sammenlignelighed kræver det standardiserede måleinstrumenter, såsom validerede spørgeskemaer og et fælles diagnostisk sprog. En gennemgående metodisk begrænsning ved de kvantitative studier, vi har identificeret, er netop fraværet af sådanne standardiseringer.

Det kvalitative forskningsdesign, som er anvendt i nærværende studie, fokuserer derimod på deltagernes subjektive oplevelser. Vores undersøgelse omfatter fire informanter, hvilket er et lavt deltagerantal. Udvælgelsen blev blandt andet begrænset af praktiske hensyn, idet informanterne blev rekrutteret blandt forfatternes egne patienter, som vi på forhånd havde kendskab til gennem det kliniske arbejde. Dette tillidsforhold blev vurderet som en styrke, idet informanterne forud for interviewet allerede følte sig trygge ved både interviewer og rammerne for samtalen.

Tilstedeværelsen af en observatør under interviewene blev fravalgt primært af én årsag, nemlig hensynet til informanternes oplevelse af tryghed, da en ekstra – og ukendt – person i rummet kunne have haft en hæmmende effekt og potentielt begrænset det udbytte, interviewet kunne give. Det anerkendes dog, at en observatør muligvis kunne have identificeret yderligere nonverbale signaler eller temaer med analytisk relevans. Samlet set vurderede vi dog, at fordelene ved en fortrolig og uforstyrret samtalsituation oversteg ulemperne ved fraværet af en observatør.

En svaghed ved den kvalitative metode er, at den er tidskrævende, og at det kun er muligt at inkludere et begrænset antal deltagere. Endvidere kan det være vanskeligt at afdække komplekse og

følelsesmæssigt belastede oplevelser tilstrækkeligt inden for den afgrænsede tid et interview varer. Da informanterne skal genkalde sig hændelser, der ligger mange år tilbage i tid, må der også tages højde for mulige hukommelsesbias (recall bias). Dette afspejles eksempelvis i følgende citater:

“Men ja, jeg... Jeg kan ikke huske, om jeg er på vej ud eller...” (Informant 1)

“Men der er også nogle ting, jeg ikke helt kan huske, hvad der er sket.” (Informant 3)

“Jamen altså... Jeg kan som sagt ikke helt huske, hvad der skete... Men der har jeg nok været 6-7 år, tror jeg.” (Informant 3)

“Selvom jeg har været i terapi og en rigtig god incestgruppeovre på Sjælland, så har jeg svært ved at vurdere, hvor gammel jeg var, på hvilket tidspunkt. Det har jeg aldrig rigtig kunnet.” (Informant 4)

Selv når temaet på forhånd er introduceret, viser det sig, at seksuelle overgreb er svære at sætte ord på. De transskriberede interviews er præget af tøven, pauser og fyldeord (som “øh”), særligt når de mest følsomme emner berøres:

“...Og hvor altså... Så kom han altid ind og ligge ved mig, når han kom hjem. Og kom ofte sådan... Han skulle til bal, men så kom han ikke til bal...” (Informant 3)

“Og så havde jeg en morbror, og der har jeg været... Han havde kun interesse i små børn... Så der har været et eller andet... Helt lille.” (Informant 4)

Fælles for alle informanterne er, at de let og detaljeret kan beskrive deres fysiske symptomer, som således fylder meget i interviewmaterialet. Dette kan tolkes som et udtryk for, at netop det fysiske symptomudtryk har været deres primære kommunikationsform i mødet med sundhedsvæsenet – og i det hele taget deres måde at formidle og forstå deres nedsatte funktionsniveau på.

8 Konklusion

Dette speciale har undersøgt, hvordan voksne kvinder med funktionelle lidelser og en baggrund med seksuelle overgreb i barndommen oplever sundhedsvæsenet og forstår udviklingen af deres sygdom. Gennem en kvalitativ tilgang blev det tydeligt, at forholdet mellem tidlige traumatiske erfaringer og senere kropslige symptomer er komplekst, dynamisk og ofte utilstrækkeligt håndteret i det eksisterende sundhedssystem.

Deltagernes fortællinger viste en markant forsinkelse i erkendelsen af sammenhængen mellem deres symptomer og tidligere overgreb. Mange beskrev år, nogle gange årtier, præget af medicinske undersøgelser og behandlinger, der ensidigt fokuserede på enkelte fysiske symptomer uden en helhedsorienteret tilgang til mulige psykosociale årsager. Denne mangel på helhedsforståelse bidrog ikke blot til symptomerne fortsatte, men førte også til en stigende mistillid til sundhedsprofessionelle. Flere deltagere beskrev oplevelsen af at føle sig fragmenterede, oversete og i nogle tilfælde gen-traumatiserede af møder, hvor der udelukkende blev fokuseret på biologiske forklaringer.

Specialets fund peger på, at sundhedsvæsenet i høj grad opererer inden for en biomedicinsk forståelsesramme, som i utilstrækkelig grad integrerer viden om traumas kropslige og psykiske konsekvenser. På trods af en voksende international erkendelse af vigtigheden af traumeinformeret praksis, er implementeringen af systematisk screening for overgrebserfaringer stadig begrænset. Kun få deltagere havde mødt sundhedsprofessionelle, som aktivt spurgte ind til eller overvejede fortidige traumer i relation til deres aktuelle helbredstilstand. Når forbindelsen mellem barndomstraumer og aktuelle symptomer endelig blev etableret, blev dette beskrevet som et afgørende vendepunkt, der muliggjorde en dybere forståelse af deres lidelse og indledte en mere meningsfuld helingsproces.

Deltagernes sygdomsfortællinger fremhævede desuden, at funktionelle lidelser ikke kan forstås isoleret som rent medicinske fænomener. Deres oplevelser vidner om nødvendigheden af en bio-psyko-social tilgang, som anerkender, hvordan traumer påvirker krop, psyke og relationelle mønstre. At leve med uforklarlige kropslige symptomer ovenpå seksuelle overgreb forstærkede ofte følelser af skam, skyld og magtesløshed — følelser som i nogle tilfælde blev yderligere forværret af stigmatiserende eller afvisende reaktioner i sundhedsvæsenet.

9 Perspektivering

9.1 Den kliniske hverdag

Patienter med funktionelle lidelser udgør en væsentlig andel af kontakterne i sundhedsvæsenet. Disse patienter henvender sig hyppigt i primærsektoren og optager en betydelig andel af konsultationstiderne. I almen praksis møder man dagligt patienter med funktionelle symptomer, som ofte viderehenvises til udredning i sekundærsektoren. Dette udgør ikke alene en samfundsøkonomisk udfordring, men medfører også forlængede ventetider for somatisk syge patienter samt frustration hos de sundhedsprofessionelle, som gentagne gange står uden en entydig diagnose. Mange behandlere drives af ønsket om at hjælpe, men netop i mødet med denne patientgruppe opleves ofte en faglig afmagt. Samtidig står patienten tilbage uden bedring, fastholdt i en sygerolle, der kan føre til uarbejdsdygtighed og social marginalisering – ofte med betydeligt nedsat funktionsniveau og livskvalitet til følge.

Med indsigt i sammenhængen mellem funktionelle lidelser og tidligere traumer, herunder seksuelle overgreb i barndommen, vil det være muligt for behandlere tidligere i forløbet at rette relevant opmærksomhed mod disse forhold under anamneseoptagelsen. Jo bedre forberedt den sundhedsprofessionelle er på denne samtale, desto mindre vil det gensidige tabu stå i vejen for, at emnet berøres. En styrkelse af de kommunikative kompetencer hos læger og implementering af klare retningslinjer i almen praksis for håndtering af traumatiserede patienter, herunder overgrebserfaringer, antages at kunne forbedre behandlingskvaliteten. Selvom det kræver tid og tillid at etablere trygge rammer for sådanne samtaler, er det sandsynligt, at dette på længere sigt kan mindske både antallet af henvendelser og patientens sygdomsbelastning.

Ligesom sundhedsprofessionelle kontinuerligt opdaterer deres viden om somatiske og psykiske lidelser, er det nødvendigt også at have indsigt i de tilstande, som befinder sig i gråzonen mellem disse kategorier. Det er centralt, at behandlere tør stille spørgsmål – også selvom svaret eller løsningen ikke nødvendigvis findes ved første kontakt. I almen praksis har vi et bredt kendskab til mange sygdomme og formår at håndtere lettere funktionelle lidelser; dog henvises patienter med mere komplekse problemstillinger til specialiseret behandling, hvilket også bør gælde for dem med baggrund i traumer og seksuelle overgreb.

Det er derfor essentielt, at der findes relevante og tilgængelige behandlingstilbud for patienter med komplekse funktionelle lidelser og traumehistorik. At identificere sammenhængen er ikke tilstrækkeligt – der må etableres helhedsorienterede behandlingsforløb med inddragelse af psykiatri, fysioterapi og almen praksis. I øjeblikket eksisterer kun få steder i Danmark, hvor patienter med seksuelle overgreb i barndommen kan modtage specialiseret behandling (f.eks. CSM), og ventetiden er ofte lang. Ligeledes er ventetiden til de centre, der behandler komplekse funktionelle lidelser, betydelig. Selvom hovedparten af behandlingen her bygger på kognitiv adfærdsterapi udført af psykologer, er der ikke tale om traumespecifik terapi – hvilket studier ellers peger på har størst effekt.

9.2 Fremtidig forskning

Vores studie – samt de studier, der danner grundlag for baggrundsafsnittet og diskussionen – peger på et komplekst område med flere ubesvarede spørgsmål, som kalder på yderligere forskning.

Traumatiske oplevelser i barndommen er veldokumenterede prædisponerende faktorer for udviklingen af funktionelle lidelser. Et vigtigt spørgsmål for fremtidig forskning er dog, om det er muligt at isolere effekten af specifikke traumer – eksempelvis seksuelle overgreb i barndommen – for at få en mere præcis forståelse af deres rolle som selvstændig risikofaktor.

Samtidig rejser dette spørgsmålet om mulighederne for forebyggelse: Kan udviklingen af funktionelle lidelser mindskes eller forhindres ved en tidlig og målrettet behandling af traumatiske oplevelser? En sådan indsats ville kræve omfattende, prospektive studier, som samtidig rejser betydelige etiske problemstillinger.

Et andet vigtigt behandlingsmæssigt perspektiv er, hvorvidt behandlingen af funktionelle lidelser bør differentieres ud fra patientens baggrundshistorie. Er der eksempelvis forskel i effekt, når funktionelle lidelser behandles efter gældende principper, alt efter om patienten har en historie med seksuelle overgreb eller ej? Hvis dette viser sig at være tilfældet, rejser det spørgsmålet om, hvorvidt patienter med denne baggrund bør tilbydes en særlig behandling – måske varetaget af behandlere med særlig erfaring inden for traumer og seksuelle overgreb snarere end funktionelle lidelser generelt. Mange overlevende efter seksuelle overgreb kæmper nemlig ikke kun med funktionelle lidelser, men også med psykiatrisk komorbiditet, seksuelle dysfunktioner og tilknytningsforstyrrelser, hvilket stiller særlige krav til behandlingsindsatsen.

I almen praksis er disse forhold særdeles relevante. Patienter med funktionelle lidelser udgør en betydelig andel af patientpopulationen – både i antal og i form af den mentale belastning, de medfører. Det er ofte patienter, som udfordrer det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde. Når patienterne – både i eksisterende studier og i nærværende undersøgelse – giver udtryk for, at det har betydning for deres helbred, at deres livshistorie bliver set og anerkendt, er det en vigtig viden, som bør udbredes i sundhedsvæsenet. Ikke mindst i et system, hvor det fortsat kan være vanskeligt at tale åbent med patienter om emner som seksuelle overgreb.

Kvinder med både funktionelle lidelser og en baggrund med seksuelle overgreb er derfor dobbelt udfordrede i mødet med sundhedsvæsenet. Håbet er, at øget forskning vil føre til mere viden – og på sigt også de nødvendige ressourcer – til at sikre, at netop denne patientgruppe får den støtte og behandling, de har behov for.

Taksigelse

Vi ønsker først og fremmest at sende en stor tak til vores 4 informanter, som indvilligede i at bruge deres tid og dele deres historier med os. Vi håber, at vi med opgaven kan være med til at skabe opmærksomhed omkring seksuelle overgreb i barndommen som mulig tilgrundliggende årsag til senere udvikling af funktionelle lidelser.

En tak skal også sendes til professor Christian Graugaard og lektor Birgitte Schantz Laursen for undervejs i studiet at invitere forfatter Kristian Ditlev Jensen til at komme og fortælle om sin bog ”Det bliver sagt” og dermed give inspiration til at skrive opgaven. Desuden tak for vejledning undervejs i projektet.

Referenceliste

- Antonovsky, A. (2003). *Helbredets mysterium*. Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, T. (2020). *Kvalitative metoder - en grundbog*. Hans Reitzels Forlag.
- Deklarationen, H. (2024). <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>.
- Duncan, M. W. (622-628. September 2019). Medically Unexplained Symptoms and Antecedent Sexual Abuse: An Observational Study of a Birth Cohort. *Psychosomatic Medicine*.
- Elklit, A. (2015). Treatment of Danish Survivors of Child Sexual Abuse - A Cohort Study. *Behavioral Sciences*, s. 589-601.
- Feltz-Cornelis, A. S. (2020). Childhood sexual abuse predicts treatment outcome in conversion disorder/functional neurological disorder. An observational longitudinal study. *Brain and Behavior*.
- Fergusson, M. H. (September 2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, s. 664-674.
- Fink, G. (2024). Funktionelle Lidelser. I A. P. Hauge, *Medicinsk Kompendium* (s. 195-203). København: Munksgaard.
- FN. (u.d.). <https://humanrightseducation.dk/L%C3%A6ringsportal/Grundskole/%C3%98velser/B%C3%B8rnekonventionen.pdf>. Hentet fra <https://menneskeret.dk/>: <https://menneskeret.dk/>
- Frisch, M. A. (2019). *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet.
- Graugaard, G. M. (2019). *Sexologi*. København: Munksgaard.
- Hauge, A. P. (2024). *Medicinsk Kompendium*. København: Munksgaard.
- Havig. (Januar 2008). The health care experiences of adult survivors of child sexual abuse: a systematic review of evidence on sensitive practice. *Trauma, violence, abuse*, s. 19-33.
- Heim, S. C. (September 2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, s. 671-690.
- Ilosen, M. S. (Januar 2021). Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.
- Jacobsen, F. B. (Oktober 2023). Are Sexual Assaults Related to Functional Somatic Disorders? *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Jacobsen, F. B. (Oktober 2023). Are Sexual Assaults Related to Functional Somatic Disorders? *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Kaleycheva, C. E. (2021). The role of lifetime stressors in adult fibromyalgia; systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Psychological Medicine*, s. 177-193.
- Kårhus, L. L. (u.d.). *Frederiksberg Hospital. Center for klinisk forskning og forebyggelse*. Hentet fra <https://www.frederiksberghospital.dk/ckff/sektioner/sfe/bfu/danfund/Sider/default.aspx>.

- Lo Lacono, T. C. (December 2021). Psychobiological Consequences of Childhood Sexual Abuse: Current Knowledge and Clinical Implications. *Frontiers in neuroscience*.
- Nielsen, B. G. (2011). *Sagt og usagt - Om brug af børn til voksenalder*. Gyldendal.
- Norup, L. (2013). *Hysteriens tid -Charcot, Breuer, Freud*. Århus: Forlaget Klim.
- Paras, M. C. (Aug. 2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, s. 550-561.
- Peraira, P. J. (u.d.). *The code of Hammurabi*. Hentet fra <https://www.general-intelligence.com/library/hr.pdf>.
- Rosendal, T. V. (2023). https://www.maanedsskriftet.dk/files/3316/7687/7818/5586947_Saertryk_Funktionel_lidelse_2023_-_web.pdf. Hentet fra Månedsskrift for Almen Praksis: <https://www.maanedsskriftet.dk/>
- Shevlin, M. E. (2017). Typologies of Child Sexual Abuse: An Analysis of Multiple Abuse Acts Among a Large Sample of Danish Treatment-Seeking Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Psychological Trauma*.
- Shrivastava, K. S. (2017). Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: a neurobiological trajectory of pathogenesis. *Industrial Psychiatry Journal*.
- Simonsen, M. (2024). *Grundbog i psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Socialstyrelsen. (2016). *Årsstatistik 2015. Centre for voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen*. Socialstyrelsen.
- SST. (2021). <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser-Redskabssamling>. Hentet fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser-Redskabssamling>.
- SST, v. (2021). <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser-Viden-og-redskaber-til-almen-praksis>. Hentet fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/Funktionelle-lidelser-Viden-og-redskaber-til-almen-praksis>.
- Staniloiu, M. (2014). Dissociative amnesia. *The Lancet Psychiatry*, s. 226-241.
- sundhedsoplysning, K. f. (2022). *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://funktionellelidelser.au.dk/fileadmin/www/funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/Na_r_kroppen_siger_fra.pdf*. Hentet fra <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/informationsmateriale>.
- Talbot, C. C. (Maj 2009). Childhood Sexual Abuse is Associated With Physical Illness Burden and Functioning in Psychiatric Patients 50 years of Age and Older. *Biopsychosocial Science and Medicine*.
- Taylor, H. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, s. 749-767.

Bilag

Bilag 1 – Informationsbrev

Information til deltagere i interviewundersøgelse af ”Når seksuelle overgreb fører til kropslig lidelse – hvem ser mig så?”

I forbindelse med vores masterprojekt på Aalborg Universitet vil vi foretage en interviewundersøgelse, som handler om seksuelle overgreb i barndommen og den eventuelle sammenhæng med udvikling af fysiske symptomer i voksenlivet

Formål er at belyse hvordan kvinder, der som børn har været udsat for seksuelle overgreb, oplever, at sundhedsprofessionelle anerkender og adresserer sammenhængen mellem deres barndomserfaringer og den funktionelle lidelse, de oplever som voksne, og hvordan kvinderne selv opfatter denne sammenhæng.

Interviewet foregår ved en samtale enten i lægeklinikken eller i informantens eget hjem efter eget valg.

Interviewet vil blive foretaget af ens egen praktiserende læge. Det forventes at vare maksimalt 60 minutter. Interviewet vil blive optaget og siden ordret skrevet til tekst.

Beskyttelse af deltagere:

Det er frivilligt at deltage og du kan til enhver tid afbryde interviewet og trække dig. Det forventes ikke, at der er ulemper forbundet med deltagelse i interviewet. Hvis det alligevel vurderes, at samtalen har påvirket dig på en uhensigtsmæssig måde, vil interviewerens handle på dette.

Anonymitet:

Lægerne har tavshedspligt og det du fortæller i interviewet vil blive anonymiseret. Ligegyldigt hvad du fortæller, vil det ikke få indflydelse på din fremtidige behandling hos egen læge.

Deltagelse:

Du vil blive kontaktet af en af lægerne for at aftale et tidspunkt for interviewet og her kan du ligeledes få svar på eventuelle spørgsmål.

Vi ser frem til at tale med dig.

Venlig hilsen

Praktiserende læge, Kristine Aaboe Albrechtsen

Praktiserende læge, Louise Tolnov

Bilag 2 – Samtykkeerklæring

Februar 2025

Jeg giver hermed min tilladelse til at medvirke i en interviewundersøgelse, der omhandler seksuelle overgreb i barndommen og den eventuelle sammenhæng med udvikling af fysiske symptomer i voksenlivet. Jeg har modtaget skriftlig information om projektet og mener, at jeg ved tilstrækkeligt om formålet med undersøgelsen, dens metode samt fordele og ulemper ved at deltage i den.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst og uden begrundelse kan trække mit tilsagn tilbage.

Jeg er informeret om, at de projektansvarlige har tavshedspligt, og at jeg er sikret anonymitet i bearbejdelsen af de indsamlede data.

Jeg er informeret om, at de bandede optagelser bliver slettet, når projektet er afsluttet.

Jeg giver hermed samtykke til at deltage i et interview og får udleveret en kopi af denne samtykkeerklæring hvis jeg ønsker det.

Informantens navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

De projektansvarliges erklæring:

Vi erklærer, at der er givet mundtlig og skriftlig information om projektet, og at der foreligger et informeret samtykke til, at informanten kan inkluderes.

Projektansvarlige:

Praktiserende læge, Kristine Aaboe Albrechtsen

Praktiserende læge, Louise Tolnov

Bilag 3 – Interviewguide

Problemformulering	"Hvordan oplever kvinder, der som børn har været udsat for seksuelle overgreb, at sundhedsprofessionelle anerkender og adresserer sammenhængen mellem deres barndomserfaringer og den funktionelle lidelse, de oplever som voksne, og hvordan opfatter kvinderne selv denne sammenhæng?"
Forskningsspørgsmål	1: Hvilken betydning tillægger kvinderne deres barndomserfaringer for udviklingen af funktionelle lidelser. •2: Hvordan oplever kvinder, der som børn har været udsat for seksuelle overgreb, at sundhedsprofessionelle anerkender deres funktionelle lidelse i relation til deres barndomserfaringer?

Tema	spørgsmål	formål
Rammerne for interview	Tak fordi du har lyst til at deltage Undersøgelsens formål og kontekst, varighed ca. en time. Optages på "bånd", der transskriberes. Anonymitet. Du kan fortryde deltagelse. Interviewet handler om Vi vil gerne have lov at bruge betegnelsen funktionel lidelse, men....??	At beskrive de formelle rammer for interviewet for informanten.
Baggrundsviden om informanten	Vil du ikke starte med at fortælle lidt om	Etablere en relation/alliance mellem

	dig selv. Hvor gammel du er, hvor du bor, hvilken uddannelse du har, hvad du beskæftiger dig med? Har du familie?	den interviewede og interviewer, samt få baggrundsdata om interviewede
Den funktionelle lidelses karakter og opståen.	Vores speciale handler om sammenhængen mellem overgreb begået i barndom/ungdom og det man kalder funktionelle lidelser eller medicinsk uforklarede symptomer og de erfaringer du har gjort dig. Så jeg vil gerne spørge lidt til din historie. Vil du fortælle lidt om hvilke fysiske symptomer du lider af, som lægerne ikke har kunne forklare? Og hvornår det startede? Var der en udløsende begivenhed?	At få data om den funktionelle lidelses karakter, sværhedsgrad og tidsmæssige relation til barndomsovergreb
Det seksuelle overgrebs karakter og hvornår i livet det fandt sted.	Vil du fortælle lidt om det eller de overgreb du var udsat for som barn/ung? (du behøver ikke fortælle mere end du ønsker) (Kan du huske om du i barndommen altså enten før eller efter overgrebene led af fysiske symptomer?)	At få data om den overgrebenes karakter, sværhedsgrad og tidsmæssige relation til den funktionelle lidelses debut.
Informantens egen oplevelse og forståelse af sammenhængen mellem funktionel lidelse og overgreb	Hvilke tanker og overvejelser har du gjort dig omkring det at have været udsat for overgreb og at du senere i livet udvikler disse symptomer	At afdække informantens egne tanker omkring sammenhæng mellem de to elementer
Informantens oplevelse af Lægens forståelse af sammenhængen mellem SOiB og funktionelle lidelse	Hvordan oplever du at de læger du har mødt; det kan være både praktiserende læger eller sygehuslæger,	At afdække informantens erfaringer og oplevelser i mødet med læger hvad angår lægens syn på SOiB og funktionel lidelse

	ser på/taler om/spørger til din overgrebshistorie? Er der nogen som har talt om at der kan være en sammenhæng? Eller sat det i relation til hinanden.	
Mulig betydning for relation og behandlingsarbejde kan der være	Hvordan kunne du ønske dig at lægerne havde forholdt sig til /talt om/spurgt til din barndomshistorie? Hvad ville det eventuelt have betydet for dig?	At afdække informantens mening om hvorvidt det har en betydning at læger anerkender og taler om sammenhængen mellem FL og SOiB
Afslutning	Mange tak for din tid og deltagelse! Jeg vil nu transskribere interviewet, så vi kan anvende det i analysen. Som sagt er du fuldstændig anonym. Hvis du er interesseret, kan vi sende dig vores opgave når vi er færdige	Få afsluttet interviewet på en god og ordentlig måde.