

Prostitution på massageklinik

– risici og fastholdende faktorer



Publikationen er udgivet af
Servicestyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: servicestyrelsen@servicestyrelsen.dk
www.servicestyrelsen.dk

Forfattere: Majken Wiingaard, Dorthe Venø Jakobsen, Lis Døssing, Mogens Holm Sørensen og Lotte Rasmussen

1. udgave

2010

Download rapporten på www.servicestyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-92567-13-0

Indhold

Sammenfatning	3
Baggrund	7
Vores forforståelse	9
Projektets teoretiske perspektiver	10
Kvinder i prostitution	15
Danske massageklinikker.....	15
Læring om sikker prostitutionsadfærd	16
Metode	17
Litteraturstudie	17
Interview med fagpersoner	18
Interview med kvinder i prostitution	19
Bias	21
Helbredsmæssige risici forbundet med prostitution	23
Fra litteraturen.....	23
Prostituerede som socialt udsatte i et sundhedsperspektiv.....	25
Prostitutionsadfærd	27
Brug af kondom	27
Øvrig prostitutionsadfærd.....	29
Brug af sundhedsvæsen	30
Brug af egen læge	30
Hemmeligholdelse og sundhedsvæsnat	31
Brug af særlige sundhedstilbud.....	31
Opsamling	32
Fysiske risici.....	33
Somatiske sygdomme.....	33
Prostitutionsrelaterede gener og smerter	38
Psykosomatiske symptomer	41
Helbred generelt	42
Sammenfatning på helbredsmæssige risici	44
Sociale og psykiske risici	48

Fra litteraturen.....	48
Stigmatisering og dobbeltliv	50
Nære relationer.....	52
Grænsesætning	54
Coping-strategier	56
Overgreb i barndommen	57
Sammenfatning	58
Fastholdende faktorer	60
Fra litteraturen.....	60
Økonomi.....	61
Fravær af alternativer.....	63
Mestring af prostitutionslivet	64
Stigma og dets konsekvenser	65
Dobbeltliv.....	66
Ændring i sociale relationer.....	68
De offentlige hjælpeinstanser	69
Bekræftelse og anerkendelse.....	70
Selvtillid i miljøet	71
Prostitutionsmiljøet i sig selv	72
Et tolerant miljø?.....	72
Revideret opfattelse af miljøet.....	74
Spænding og 'tryk på'	74
Forsvarsstrategier og professionsideologier	75
Sammenfatning	76
Litteraturliste.....	79

Sammenfatning

Minimum 5.600 mennesker prostituerer sig i Danmark, flere end halvdelen fra en massageklinik. Formelt set kan danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker, selv styre, hvilke seksuelle ydelser de vil sælge, samt til hvem. Om prostitution på et mere overordnet plan er et frit valg eller snarere skal ses som et resultat af strukturelle begrænsninger, står dog til diskussion. At diskutere hvorvidt prostitution må ses som en konsekvens af tvang eller som et frit valg, ligger dog uden for dette projekts rammer.

Ønsket med denne rapport er at opsamle den eksisterende viden på prostitutionsfeltet. Ambitionen er at afdække og nuancere massageklinikprostitution som et meget komplekst fænomen, ikke at producere ny forskning på området. For at eksemplificere og forklare nogle af de fænomener, vi er stødt på i litteraturen, har vi suppleret litteraturstudiet med interview med social- og sundhedsarbejdere samt kvinder i prostitution. Rapporten kortlægger således, hvilke risici danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker, udsættes for. Ligeledes bliver de forhold af såvel positiv som negativ karakter, der kan fastholde kvinder i prostitution, diskuteret.

Prostituerede er ikke en homogen gruppe, og hvordan den enkelte bliver berørt af prostitution, vil variere fra person til person, bl.a. afhængigt af den enkeltes baggrund, netværk og mestringsevne. Derfor er det vanskeligt at foretage en generalisering om skadevirkninger ved prostitution, hvorfor undersøgelsen bruger begrebet risici.

Uanset hvor og under hvilke former, den enkelte prostituerer sig, bliver vedkommende påvirket af den samfundsmæssige stigmatisering forbundet med prostitution. Og stigmatiseringen kan være med til at begrunde og forstærke en del af de risici, man udsættes for i prostitution, ligesom det kan være med til at fastholde kvinderne i prostitution. Projektet tager således udgangspunkt i, at der er en samfundsmæssig stigmatisering forbundet med prostitution, og det søges undersøgt hvilke konsekvenser dette kan have for den enkelte kvinde.

Fysiske risici

Socialt udsatte har dårligere helbredsforhold end befolkningen generelt. Nogle kvinder i prostitution kan karakteriseres som socialt udsatte, og i det omfang, de har helbreds-mæssige problemer, skal det måske i højere grad tillægges forhold som livsstil eller følger af tidligere arbejdsforhold end selve prostitutionen.

Kvinder i prostitution smittes ikke umiddelbart med flere kønssygdomme end resten af befolkningen og det kan heller ikke dokumenteres, at de hyppigere lider af deciderede underlivssygdomme end kvinder generelt. Hyppig brug af produkter som glidecreme og intimsæbe kan bevirke at kvinder udvikler svamp eller forskellige bakterielle infektioner

i skeden. Disse sygdomme, der er forholdsvis almindelige blandt alle kvinder, er ubehagelige men oftest ufarlige, og det er usikkert om kvinder i prostitution oftere udsættes for disse lidelser end kvinder generelt.

Desuden tyder vores undersøgelse på, at kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker, hyppigt oplever underlivsgener i én eller anden form; men også, at kvinderne har formået at forebygge og behandle dem, så deres gener ikke kommer til at bebyrde dem i deres hverdag.

Samlet set er der ikke noget i vores undersøgelse der peger på, at kvinder der prostituerer sig på massageklinikker, i udbredt grad udsættes for alvorlige fysiske risici. Sammenhængen mellem sygdom og prostitutionsadfærd er imidlertid kompleks og det kan ikke afvises, at en undersøgelse, der f.eks. indebar lægelige undersøgelser, ville give et andet resultat,

Vores undersøgelse peger på, at der findes en sammenhæng mellem prostitution og psykosomatiske lidelser. Derimod kan det ikke afgøres, hvorvidt de psykosomatiske lidelser skyldes selve prostitutionsakten eller i højere grad skal tilskrives andre forhold, f.eks. den samfundsmæssige stigmatisering, der er forbundet med prostitution, eller den enkeltes økonomiske eller personlige problemer.

Alt tyder på, at danske kvinder der prostituerer sig på massageklinikker, benytter det almene sundhedsvæsen i lige så høj grad som andre kvinder. Angst for stigmatisering afholder dem imidlertid ofte fra at oplyse lægen om, at de prostituerer sig. Det er vanskeligt at afgøre, hvilken helbredsmæssig betydning denne hemmeligholdelse har for den enkelte. Man må dog formode at åbenhed om prostitutionen – såvel hos kvinden som lægen – kan medvirke til at optimere behandlingen.

Alt i alt peger undersøgelsen ikke på, at selve prostitutionsakten i nævneværdig grad er forbundet med særlige fysiske helbredsmæssige risici. På den anden side er prostituerede ofte i en udsat social position, der kan betyde generelt forringede somatiske helbredsforhold og udvikling af psykosomatiske lidelser. De helbredsmæssige risici, man tidligere har forbundet med prostitution, kan derfor forklares med den sociale og kulturelle kontekst prostitution ofte er en del af, og i mindre grad selve prostitutions-akten.

Denne undersøgelse beskæftiger sig med danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker. Det er en gruppe, der generelt har en lav risikoadfærd og som benytter sig af de generelle sundhedstilbud. Det er derfor vigtigt at pointere at det relativt positive billede af de prostitueredes helbredsforhold, som denne undersøgelse giver, ikke dækker hele prostitutionsfeltet.

Sociale og psykiske risici

De sociale og psykiske risici, der beskrives i forbindelse med prostitution, hænger tæt sammen og er både årsag og virkning til hinanden. Vores undersøgelse har identificeret følgende 4 risici som de væsentligste:

Det kan være vanskeligt at *fastholde egne grænser* over for kunderne, navnlig hvis kvinden er økonomisk trængt. Overskridelse af fysiske, psykiske, følelsesmæssige og seksuelle grænser kan give psykiske problemer. Det er dog ikke alle prostituerede, der oplever problemer i forhold til grænsesætning.

Den generelle stigmatisering betyder, at mange lever et *dobbeltliv*, hvor de hemmeligholder at de prostituerer sig. En del isolerer sig fra mennesker uden for prostitutionsmiljøet. Stigmatiseringen er én af årsagerne til at nogle prostituerede har vanskeligheder med at indgå i *nære relationer*.

Coping er betegnelsen for en teknik man kan benytte sig af under prostitutionsakten, for at distancere sig psykisk fra den seksuelle akt. Teknikken er hjælpsom når kvinden er på massageklinikken. En ulempe kan være, at kvinden har vanskeligt ved at 'aflægge' denne strategi i forhold til hendes private seksuelle partnere,

Der er ikke dokumentation for, at danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker, lider af PTSD.

Fastholdende faktorer

På trods af et generelt ønske hos nogle kvinder, om at forlade branchen, knytter der sig også en række fastholdende faktorer til prostitutionen. Nogle er positive, men der er også en række negative, fastholdende faktorer. Dertil kommer, at prostituerede ofte er meget involverede i branchen før de oplever sig selv som 'rigtige' prostituerede og tager prostitutionsidentiteten på sig.

Økonomiske problemer og overvejelser er ofte en væsentlig årsag til at kvinderne fastholdes og trækkes tilbage i prostitution, hvilket er et gennemgående tema i litteraturen. Nogle publikationer betragter branchens indtægtsmuligheder som positive for kvinderne, hvorimod andre lægger vægt på kvindernes manglende alternativer til prostitution betinget af ringe uddannelse og svag arbejdsmarkedstilknytning. Endelig nævnes, at prostitution kan føre til et kompensatorisk forbrug, hvorved der opstår en 'ond cirkel'. I denne forbindelse er det vigtigt at påpege, at kvinder der prostituerer sig på massageklinikker, ikke prostituerer sig for at 'overleve' økonomisk, idet meget få af dem eksempelvis er stofafhængige. Dvs. at de økonomiske overvejelser, der ligger til grund for kvindernes start og fastholdelse i prostitution, er et spørgsmål om at kunne opretholde en ønsket livsstil, frem for et spørgsmål om ren 'overlevelse'.

En del danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinik, får hurtigt succes i prostitution og de oplever, at de mestrer spillets regler og opfatter sig selv som styrende i

prostitutionsrelationen. Selvom denne følelse for en del af kvinderne ikke varer ved, kan de have svært ved at forlade branchen pga. den bekræftelse og anerkendelse de får fra kunderne – en anerkendelse de har svært ved at finde uden for prostitutionsmiljøet. Det er i denne forbindelse gennemgående i den eksisterende prostitutionslitteratur, at mange kvinder, der prostituerer sig på massageklinik, efter en tid oplever en høj grad af ambivalens i forhold til kunderne. På den ene side væmmes de ved prostitutionsrelationen, mens de på den anden side fastholdes af den bekræftelse og anerkendelse kunderne giver dem.

De fleste i prostitution lever et dobbeltliv, hvor de skjuler prostitutionen, og over tid ændrer deres netværk sig til primært at findes inden for prostitutionsmiljøet. Det kan derfor være meget vanskeligt for kvinderne at forlade miljøet, dels fordi en stor del af dem har mistet deres relationer uden for miljøet, dels fordi det ved prostitutionsophør kan være vanskeligt at bibeholde netværket inden for miljøet. I de sociale indsatser for kvinder i prostitution, er det således vigtigt at være opmærksom på at mange kvinder sætter stor pris på de relationer, de opbygger i miljøet, hvilket kan have en fastholdende effekt.

De danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker, har ofte et ambivalent forhold til prostitution. De fastholdende faktorer forbundet med prostitution må i mange tilfælde forstås som komplekse, og det er vigtigt at skærpe blikket for den ambivalens, kvinderne beskriver. En nærlæsning af den eksisterende litteratur viser således, at det ofte er de selvsamme faktorer kvinderne beskriver som frastødende, der betyder, at de har vanskeligt ved at forlade miljøet. Eksempelvis væmmes de ved kunderne – men får anerkendelse fra dem.

Den samfundsmæssige stigmatisering af prostituerede er en del af forklaringen på de risici, der er forbundet med prostitution. Det betyder dog ikke, at en eventuel afstigmatisering ville eliminere alle risici. Men blandt andet er det dårligt belyst i den eksisterende litteratur, hvordan prostitution påvirker den enkelte på et psykologisk plan. Og de få undersøgelser, der er foretaget om eventuelle psykologiske risici, er forbundet med metodiske problemer.

Baggrund

I en opgørelse fra 2008 er minimumsantallet af personer i prostitution i Danmark beregnet til mere end 5.600. Indendørsprostitution er den hyppigste prostitutionsform og antallet af kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker er større end 3.200. En betydelig del af disse kvinder er udlændinge, men det er ikke muligt at opgøre, hvor stor en andel disse udgør (Holm Sørensen, 2008).

Fysiske, psykiske og sociale risici forbindes ofte med prostitution uden at være nærmere konkretiseret. Ofte nævnes også at der findes faktorer, der fastholder kvinderne i prostitution. Med denne rapport opsamler og diskuterer vi den eksisterende viden på området.

Skadevirkninger ved prostitution kan ikke vurderes uafhængigt af den form, prostitutionen antager. Derfor har vi i vores undersøgelse begrænset os til at beskæftige os med danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker, hvilket udgør den største gruppe.

Også i denne gruppe er der store forskelle, bl.a. i hvilke seksuelle ydelser, der hyppigst sælges. De hyppigst solgte ydelser på danske massageklinikker er de såkaldte bløde ydelser: oralsex, samleje i skeden samt afslutning med hånden (Interview med Kompetencecenter Prostitution Sandell m.fl., 1996). Generelt sondres der i litteraturen ikke mellem, hvilke seksuelle ydelser den enkelte prostituerede sælger. I forhold til fysiske risici ved prostitution har vi imidlertid vurderet, at dette kan have betydning, hvorfor vi i vores undersøgelse har afgrænset os til danske kvinder, der sælger ovenfor nævnte blide former for sex på massageklinikker.

I Danmark er der lang tradition for at have et negativt syn på prostitution og i særdeleshed på den kvinde, der prostituerer sig. At prostituere sig kan derfor ikke betragtes uafhængigt af samfundets syn på det.

I Norden betragtes prostitution fra officielt hold som et socialt problem, som det er samfundets opgave at forebygge og reducere. I forlængelse heraf søges der i størstedelen af de nordiske publikationer svar på, hvilke samfundsmæssige faktorer der muliggør prostitution. Desuden ses en overvægt af studier, der har taget stilling imod prostitution, og som søger at bryde med myten om 'den lykkelige luder'. Dette gøres oftest ved at pege på prostitutionens skadevirkninger og på samvariationen mellem belastet baggrund og prostitution (Barlach, 2004; Lautrup & Heindorf, 2003; Bjørnholt, 1994; Høigård & Finstad, 1987). Vores litteraturstudie har vist, at kun Alzaga (2004) i sit speciale "*Pige på lagnet*" langt overvejende fokuserer på de positive aspekter ved et liv i prosti-

tution¹. På trods af at Alzaga kun interviewer syv prostituerede kvinder på én klinik, refereres hendes speciale ofte i denne undersøgelse, da hun bryder markant med den eksisterende forskning.

Järvinen (1990) påpeger, at konteksten der undersøges i, samt forskerens tilgang til prostitution som fænomen, i høj grad betinger, hvilke dele af feltet forskeren ser. Det overvejende fokus på de negative aspekter ved prostitution i de skandinaviske publikationer, kan derfor skyldes den skandinaviske definition af prostitution som et socialt problem, og således et krav eller ønske til prostitutionslitteraturen om at være anvendelig i det sociale arbejde, som traditionelt har været fokuseret på at forebygge og reducere prostitution. Reden, som forestår en del af det sociale arbejde for og iblandt kvinder, der primært er i gadeprostitution i Danmark, påpeger, at prostitution er udtryk for en ulige magtfordeling mellem mænd og kvinder i samfundet. Desuden ser Reden prostitution som *"en overlevelsesstrategi – en løsning når man ikke længere har reelle valg og alternativer, en kortsigtet løsning med ofte langsigtede og vidtrækkende konsekvenser"*².

I opposition til dette syn på prostitution og de prostituerede, blev sexarbejdernes interesseorganisation, herefter benævnt SIO, stiftet i 2008. SIO ønsker at fungere som et samlings- og kontaktsted for alle sexarbejdere. Ifølge SIO stemmer ovenstående fremstilling af de prostituerede ikke overens med virkeligheden, da mange sexarbejdere er glade for deres erhverv. Ifølge SIO eksisterer der *"mange grove fordomme og falske myter om sexarbejderne"*³. SIO's medlemmer påpeger forskellige positive årsager til at de prostituerer sig, og alle er de enige om, at de selv har valgt deres erhverv, og er glade for det – de kan således ikke identificere sig med den 'offerrolle' de føler, at prostituerede pålægges via medierne og prostitutionsdebatten. De efterlyser et øget fokus på de positive aspekter, de oplever ved at arbejde som prostituerede, både i medierne og i forskningen.

I forlængelse af ovenstående, ligger en anerkendelse af prostitution som et komplekst fænomen til grund for nærværende rapport. Heraf følger, at kvinder i prostitution ikke er en homogen gruppe, men kvinder med forskellige baggrunde og bevæggrunde for at være i prostitution. De lever meget forskellige liv, med meget forskellige prostitutionserfaringer. Følger af prostitutionen, og de faktorer der får en fastholdende karakter, vil derfor også variere fra person til person, afhængigt af de individuelle forhold (Rasmussen, 2007).

I prostitutionslitteraturen og den offentlige debat om prostitution afspejler differentieringen sig i en polarisering mellem dem, der mener at prostitution er skadelig og derfor bør afskaffes, og dem der mener at prostitution ikke er skadelig og derfor bør betragtes som et erhverv på lige fod med andre. I denne sammenhæng nævnes ofte en række

¹ Også Marlene Spanger og Majbrit Gamborg Holm påpeger, at et prostitutionsliv ikke nødvendigvis er forbundet med skader for kvinden, og de fremhæver positiver ved prostitutionen. Spanger og Holm fokuserer dog på udenlandske kvinder, hvorfor deres undersøgelser ikke er medtaget i denne rapport.

² <http://www.redenkoebenhavn.dk/?pid=39&sub=38>

³ www.sexarbejde.dk

forskellige konkrete følger ved at prostituere sig. Når det ideologiske udgangspunkt er at se prostitution som skadelig, er der fokus på at fremhæve fysiske, psykiske og sociale problemer knyttet til prostitution og på at argumentere for, at disse er opstået som direkte konsekvens af prostitutionen. Omvendt er der, hos dem der argumenterer for at gøre prostitution til et egentligt erhverv, fokus på positive oplevelser ved prostitution, italesat af mænd og kvinder i prostitution.

Diskussionen om fastholdende faktorer er underlagt den samme tendens. Fastholdelse i prostitution kan være begrundet både i positive og negative sider ved prostitution, og fænomenet anvendes derfor ofte som begrundelse for enten afskaffelse eller legalisering/afkriminalisering.

Ønsket med denne rapport er, via et litteraturstudie, at opsamle den eksisterende viden på prostitutionsfeltet. Ambitionen er at afdække og nuancere massageklinikprostitution som et meget komplekst fænomen, ikke at producere ny forskning på området. For at eksemplificere og forklare nogle af de fænomener, vi er stødt på i litteraturen, har vi suppleret litteraturstudiet med interview med social- og sundhedsarbejdere samt kvinder i prostitution.

Vores forforståelse

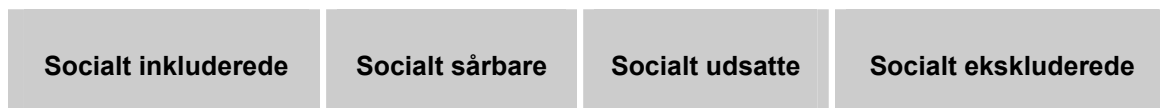
Formålsvejledningen (2006) definerer prostitution som et socialt problem, ligesom en lang række andre fænomener. Fordelen ved denne type definition er, at man kan sætte målrettet ind over for de benævnte grupper med socialpolitiske tiltag. Ulempen er, at man inkluderer et stort antal mennesker i kategorien 'socialt udsat', som ikke reelt kan defineres som sådan. Ikke alle prostituerede, sindslidende og misbrugere befinder sig i samfundets marginalzone. Udsatteenheden i Servicestyrelsen definerer 'socialt udsat' på følgende måde⁴:

Socialt udsatte er mennesker der er i en livssituation og har en fremtidsudsigte, som er vanskelig at styre til egen fordel – en situation der medfører at det enkelte menneske er i en overhængende risiko for decideret udstødelse. De risikofremmende faktorer i et menneskes livssituation består bl.a. af:

- *Omfattende afkobling fra centrale delsystemer, fx arbejde/økonomi, politik, familie.*
- *Begrænset evne til eller mulighed for selvbestemmelse og styring af eget livsforløb.*
- *At blive tillagt negative kulturelle karakteristika, som kan indebære en risiko for stigmatisering.*
- *Begrænset adgang til social anerkendelse.*

⁴ Fagligt, metodisk og organisatorisk arbejdsgrundlag for Udsatteenheden. Servicestyrelsen, Oktober 2007.

Socialt udsatte mennesker befinder sig i spektret mellem socialt inkluderede og socialt udstødte, hvilket kan illustreres på følgende måde:



Det er ikke muligt entydigt at placere prostituerede i dette kontinuum – dels fordi prostitution har mange forskellige udtryksformer, dels pga. individuelle forskelle.

Det betyder blandt andet, at man skal være meget varsom med at overføre resultater fra én gruppe til en anden, når man læser undersøgelser om prostitution. F.eks. er det en udbredt opfattelse, at kvinder, der prostituerer sig på gaden, adskiller sig fra kvinder på massageklinik. Opfattelsen har været, at gadeprostitution er domineret af kvinder med massivt stofmisbrug, hvorimod kvinder på massageklinikker i langt højere grad er socialt inkluderede. Opfattelsen baserer sig blandt andet på opsøgende socialt arbejde på området.

At prostituere sig på eksempelvis en massageklinik, forudsætter typisk, at kvinden kan overholde en vagtplan og i øvrigt indgå i klinikens sociale rum. Det udelukker dog ikke, at kvinden kan have et misbrug af alkohol eller stoffer.

Projektets teoretiske perspektiver

Som tidligere beskrevet er ønsket med denne rapport at opsamle den eksisterende viden på prostitutionsfeltet, for herigennem at afdække og nuancere billedet af fysiske, sociale og psykiske risici samt fastholdende faktorer ved massageklinikprostitution. Med baggrund i dette ønske har vi foretaget et litteraturstudie af den eksisterende viden på området, der peger på, at en del af de risici der er forbundet med massageklinikprostitution, delvist kan tilskrives den ringeagt, prostitution er forbundet med.

Prostitution kan således ikke betragtes uafhængigt af det samfund, det foregår i, og uafhængigt af de samfundsmæssige normer og værdier, der tillægges fænomenet. Den ringeagt prostitution overvejende er forbundet med i den vestlige kultur, påvirker såvel de risici, som er forbundet med prostitution, som de faktorer, der kan virke fastholdende.

I et forsøg på at analysere den eksisterende litteratur, havde vi behov for at inddrage teoretikere, der beskæftiger sig med afvigelse, stigma og anerkendelse, i vores undersøgelse. Nedenfor introduceres de teoretiske perspektiver kort. Vi har udvalgt de teoretiske perspektiver vi mener har størst forklaringskraft i forhold til at analysere og perspektivere den eksisterende teori på feltet. Teoretisk fokuserer vi på forholdet mellem den prostituerede og det omgivende samfund og på den potentielle krænkelse, som den manglende anerkendelse af prostitution latent udsætter kvinderne for. Det betyder dog ikke, at vi ikke har fokuseret på andre risici end stigmatisering og manglende aner-

kendelse, hvor disse kan dokumenteres i de enkelte undersøgelser. Tværtimod har vi tilstræbt loyalitet over for den enkelte undersøgelses perspektiv.

Beckers afvigelsesteori

Becker (2005, s. 29ff) opfatter normer og værdier som fænomener der konstant skabes og genskabes i relationen mellem mennesker. Han ønsker at påpege, at samfundet skaber afvigelser ved at opstille regler, som afvigeren forbryder sig imod. Han ønsker at bryde dels med forståelsen af normer og værdier som objektivt eksisterende, dels med forklaringerne om samvariation mellem belastet baggrund og social afvigelse. Ifølge Becker er social afvigelse ikke nødvendigvis relateret til social ulighed, f.eks. at kriminelle, prostituerede mv. oftere er vokset op under vanskeligere kår end gennemsnitsbefolkningen:

”Afvigelse er ikke en egenskab ved den handling personen begår, men snarere en konsekvens af andres anvendelse af regler og sanktioner i forhold til en ’regelbryder’”

Formålet med Beckers teori er at påpege, at social afvigelse er samfundsskabt. Afvigelse er *ikke* udtryk for individuelle fejl og mangler, men skal forstås som et relationelt begreb, der opstår i subjektive interaktionsprocesser, hvor der føres værdimæssige bedømmelser:

”Afvigeren er en person, som denne etiket er blevet hæftet på med succes; Afvigende adfærd er adfærd, som mennesker betegner som afvigende”

Becker antager at det ikke er selve handlingen, men reaktionen på handlingen, der afgør om den er afvigende. Virkeligheden er ifølge ham socialt konstrueret hvilket betyder, at en handling, der i visse miljøer og til visse tider betegnes som stærkt afvigende, i andre miljøer og til andre tider kan betragtes som helt ’normal’. Becker opererer med fire kernebegreber:

Den hemmelige afviger – er en person, der *”begår en utilladelig handling, men ingen bemærker den eller reagerer på den som en overtrædelse af reglerne”*. Ifølge Becker er der ikke nogen logisk sammenhæng mellem afvigelse og det at blive stemplet som afviger.

Magtforståelse – dækker over at visse grupper har magten til at definere visse handlinger som afvigende, og at afvigelse defineres forskelligt over tid. Centralt i teorien er de komplicerede sociale definitions- og kontrolprocesser, der ifølge Becker bidrager til at skabe afvigere. Sociale grupper kan have forskellige opfattelser af regler. Folk, der stemples som regelbrydere, kan føle sig uden andel i de regler, de påtvinges af andre. Klasse, køn, alder, etnicitet er her centrale variable.

Primære statustræk – f.eks. race, er træk ved et individ, som er så dominerende, at det overtrumfer alle andre statustræk, dvs. at man først og fremmest behandles ud fra dette statustræk. Status som afvigende er ifølge Becker et primært statustræk (afhængigt af afvigelsens karakter). Hvis man identificeres som regelbryder, vil man først og fremmest blive identificeret som afviger. Personen behandles således som generelt afvigende snarere end specifikt afvigende.

Afvigerkarriere – er handlinger der stemples som afvigende adfærd, ofte udsprunget af tilfældige impulser, ikke motiverede handlinger. Langt de fleste mennesker oplever ofte afvigende impulser, men ifølge Becker følger 'konventionelle' mennesker ikke disse impulser, da de f.eks. har studie, job og familie at tænke på. Afvigeren har derimod ikke et omdømme at tage vare på og kan derfor følge sine impulser. Det at være blevet identificeret/stemplet som afviger, er derfor meget afgørende og kan være medvirkende til at individet udvikler et stabilt mønster i afvigende adfærd. Denne udvikling fra tilfældige 'eksperimenter' til et mere stabilt afviger-mønster sker ved at individet interagerer med mere erfarne afvigere. Herigennem lærer individet at deltage i den subkultur, der er organiseret omkring den pågældende afvigende aktivitet. Individet lærer normer, regler og de værdier der er tillagt den pågældende aktivitet. Herigennem skabes en afvigerkarriere.

Goffmans stigma-teori

Også Goffman (1975) definerer afvigelse/sociale problemer som sociale reaktioner i forhold til påståede brud på regler/forventninger. Det centrale fokus er de sociale processer, hvorigennem adfærd, personer og situationer kommer til at blive opfattet som afvigende. Årsagen til afvigelsen er således den opmærksomhed, som en adfærd eller en situation får fra publikum eller kontrolmyndigheder, eftersom sociale reaktioner og sanktioner ikke kan sættes i værk, førend den påståede situation er anerkendt og bemærket. Afvigelse er derfor ikke udtryk for iboende, individuelle egenskaber eller mangler. Stigmat teorien har hovedfokus på hvilke strategier den stigmatiserede benytter, dvs. hvordan overlever mennesker med et påtvunget stigma i en social verden, og hvilke konsekvenser har et stigma for den stigmatiseredes identitet.

Goffman ønsker at undersøge hvordan stigmatisering indskrænker den enkeltes mulighed for at udleve sin autonomi. Den stigmatiserede agerer inden for rammerne af en påtvungen kategori og lærer herved at betragte sig selv andre menneskers perspektiv. Desuden undersøges hvordan de normales (ofte utilsigtede) begrænsning af de stigmatiseredes udfoldelsesmuligheder, dvs. magt og social kontrol, foregår. Goffman opererer med en række nøglebegreber:

Stigma⁵

Med et stigma menes en dybt miskrediteret eller nedvurderet egenskab hos et menneske. At få et stigma kan være medvirkende til at kategorisere individet på en sådan måde, at hele dets personlighed vurderes på denne baggrund. Goffman lægger vægt på, at stigma skal forstås som et relationelt begreb, idet det ikke er iboende i individet, men kun optræder i relationer mellem mennesker (Goffman, 1975, s. 14ff). De stigmatiserede individer vil som regel have samme identitetsopfattelse som omverdenen og føle krav på retfærdig behandling på trods af deres stigma:

At få et stigma dækker over den proces, hvor der viser sig en uoverensstemmelse mellem de specielle forventninger (egenskaber og adfærd), der gælder i en given situation, og så det en person fremviser.

Goffman opererer med 3 typer mennesker:

De normale – er mennesker som ikke afviger negativt fra de specielle forventninger der gælder i en given situation.

Den potentielt miskrediterede – går ud fra at hans særpræg ikke er blevet bemærket. En af Goffmans pointer er, at alle mennesker, i en eller anden udtrækning, har en afvigende egenskab eller adfærd.

Den miskrediterede – er karakteriseret ved, at han tager for givet at særpræget er offentligt kendt.

Goffman bruger begrebet *tilsyneladende social identitet* til at vise, at de krav og forventninger omverdenen har til en person, hænger sammen med den kategori personen tilhører. Er en person eksempelvis stigmatiseret i forbindelse med prostitution, udgør den pågældendes tilsyneladende sociale identitet, de forventninger omverdenen har til vedkommende. Tilsyneladende social identitet er således socialt konstrueret ud fra omverdenens forventninger.

Over for dette står begrebet *faktisk social identitet*, der udgøres af de egenskaber personen faktisk har.

På trods af at den stigmatiserede føler sig normal, oplever han gang på gang, at omgivelserne ikke accepterer ham og er parate til at omgås ham på lige fod. Der er ifølge Goffman forskellige reaktionsmønstre hos stigmatiserede.

⁵ Goffman inddeler stigma i tre overordnede former. Den første er forskellige former for fysisk deformitet såsom handicap eller misdannelser. Den anden type stigma sættes i forhold til nationalitet, køn, religion osv. Den sidste stigmakategori indbefatter skavanker ved den individuelle karakter, f.eks. en mental lidelse, misbrug eller prostitution (Goffmann, 1975, s. 17).

Stigmatiseredes forsøg på 'normalisering'

Mennesker i en bestemt stigmakategori vil nogle gange forsøge at ændre deres stigma, således at de vil passe til omverdenens forventninger til det 'normale', f.eks. via plastikkirurgi.

Social isolation

Pga. manglende accept fra de 'normale' vil den stigmatiserede trække sig tilbage socialt, uden kontakt med andre end eksempelvis sine børn. Den stigmatiserede forsøger at skjule sig for at undgå konfrontationen. Desuden opleves kronisk usikkerhed og frygt for andres ringeagt.

Afvigergruppe

Ifølge Goffman kan mennesker i en bestemt stigmakategori slutte sig sammen og danne et vi, en gruppe. Her kan de udarbejde en gruppeidentitet, hvor det stigma, som ellers er forbundet med skam, kan give individet en følelse af at være normal, idet alle i gruppen besidder samme stigma. I gruppen behøver de ikke tage stilling til omverdenens nedværdigende blikke eller sig selv som afvigere (Goffman, 1975, s. 36ff).

Honneths anerkendelsesteori

Honneths teori om behovet for anerkendelse er en normativ socialfilosofisk teori, som handler om opnåelsen af *det gode liv*. Honneth (2005) opstiller nogle etiske kriterier, som han mener må udgøre minimumsbetingelserne for menneskets selvrealisering.

Blandt Honneths kernebegreber finder vi modsætningerne *anerkendelse – krænkelse*. For at kunne leve det gode liv og realisere sig selv, er det ifølge Honneth nødvendigt at opnå anerkendelse i tre forskellige sfærer:

Den private sfære – tilbyder kærlighedsanerkendelse i helt nære relationer mellem mor og barn og i forholdet mellem familie og venner, der er betingelsen for udvikling af basal selvtillid.

Den retlige sfære – tilbyder institutionel anerkendelse af den enkelte borger som et ligeberettiget medlem af samfundets retsfællesskab, der er betingelsen for, at et menneske kan opnå selvagtelse som borger i et retssamfund.

Den solidariske sfære – tilbyder anerkendelse af den enkelte for vedkommendes særlige egenskaber, der er betingelsen for at et menneske kan udvikle en følelse af selvverd; "den anden har krav på værdsættelse, også når han er forskellig fra mig".

Anerkendelsen opnår man gennem interaktionen med og spejlingen i andre mennesker. Det enkelte menneske er således afhængigt af at indgå i nogle relationer og fællesskaber, som er præget af gensidig anerkendelse. Ifølge Holmgård Sørensen (2004) fremhæver Honneth, at de svageste grupper i et samfund ofte oplever det modsatte af anerkendelse, nemlig *krænkelse*, der kan skabe en manglende retsbevidsthed hos de krænkede.

Kvinder i prostitution

Danske massageklinikker

Nedenfor følger en beskrivelse af massageklinikker i Danmark. Hvor andet ikke er angivet, er oplysningerne baseret på Kompetencecenter Prostitutions erfaringer fra det opsøgende arbejde.

Det antages, at der findes minimum 800 massageklinikker fordelt over hele landet⁶. De varierer fra at have mange til kun en enkelt kvinde tilknyttet. Nogle klinikker har udelukkende tilknyttet kvinder med dansk baggrund, men der findes også klinikker udelukkende med f.eks. thailandske kvinder. Massageklinikbilledet er således broget og kan ikke beskrives entydigt.

På klinikker i de større byer er det almindeligt, at en kvinde står for drift af klinikken, hvilket indebærer indretning, daglig drift, annoncering, ansættelse af nye 'piger' og 'telefondamer' samt indsamling af 'huseje' fra de prostituerede. Kvinden, der står for driften, prostituerer sig ofte selv (Alzaga, 2004).

Indgangsdøren til masseklinikken er aflåst, og de fleste steder er der opsat et kamera, så kvinderne kan se hvem der henvender sig, før de åbner døren. Massageklinikken kan bestå af et venteværelse til kunderne, et eller flere rum, hvor kunderne betjenes, samt et opholdsrum, hvor kvinderne befinder sig, når der ikke er kunder. Ofte er der tilknyttet en telefonpasser, hvis opgave det er at tage telefonen og reklamere for de kvinder, der er på vagt, lukke kunder ind og varetage en række praktiske opgaver⁷. Er der flere kvinder tilknyttet, udarbejdes en vagtplan, som kvinderne skal overholde. Det kan være vanskeligt for kvinder med et betydeligt misbrugsproblem.

Vagternes længde varierer fra 6 timer (typisk i københavnsområdet) op til 12 timer (eksempel fra Aalborg fremkommet ved interview med Kompetencecenter Prostitution).

Den enkelte, der prostituerer sig, lejer typisk klinikkens lokaliteter for én vagt ad gangen. I københavnsområdet udgør lejen pr. vagt 600-1.000 kr. Hertil kommer en udgift til telefonpasseren på 350-500 kr. samt annonceudgift på minimum 250 kr. Derudover er der udgifter til linge, makeup mv. Kompetencecenter Prostitution anslår, at den prostituerede, før hun begynder at tjene penge til sig selv, har en samlet udgift på 1.000-2000 kr. pr. vagt.

En undersøgelse af prostitution på massageklinikker fra 2004 (Christensen og Barlach) angiver hvor mange timer om ugen, kvinderne befinder sig på massageklinikken.

⁶ Tallet er fremkommet på baggrund af Holm Sørensens opgørelse af prostitutionens omfang og former (2007).

⁷ For en nærmere beskrivelse af massageklinikken som socialt rum henvises til Alzaga (2004).

Blandt de adspurgte havde 30% opholdt sig på klinikken 15 timer om ugen, 20% i 15-20 timer om ugen, 23% i 20-25 timer om ugen og 27% opholdt sig mere end 25 timer på klinikken om ugen.

De danske kvinder på massageklinikker er frie til at vælge såvel ydelser som kunder fra (Alzaga, 2004). De kvinder, vi har interviewet i forbindelse med denne undersøgelse, fortæller om situationer, hvor de enten har afvist at sælge en særlig ydelse eller har afvist kunden. Men er kvinderne økonomisk pressede, kan det ske, at de sælger en ydelse, som de normalt ikke ønsker at yde. Formelt set kan kvindernes således selv styre, hvilke ydelser de ønsker at sælge – og under hvilke betingelser. Om kvinderne, på et mere overordnet plan, har truffet et frit erhvervsvalg, og foretrækker at prostituere sig frem for så meget andet, er imidlertid en af de helt store diskussioner i prostitutionslitteraturen såvel som i den offentlige debat.

Som tidligere nævnt er de tre mest udbredte ydelser, som kunderne efterspørger, vaginalt samleje, oralsex og afslutning med hånden⁸. Prisen for vaginalt samleje er 600 kr., oralsex uden kondom 700 kr. og afslutning med hånden 500 kr.⁹.

Læring om sikker prostitutionsadfærd

I Danmark er der tradition for, at medarbejdere med social eller sundhedsfaglig baggrund foretager opsøgende arbejde på massageklinikkerne – et landsdækkende arbejde som Kompetencecenter Prostitution har varetaget siden 2006. Udover at tilegne sig viden om sikker sex via disse medarbejdere, får kvinderne også viden fra de andre kvinder på massageklinikken; herunder klinikejeren eller telefonpasseren der lærer kvinderne om kondombrug, glidecreme mv. Andre, der starter i prostitution, får ikke nødvendigvis denne oplæring i hensigtsmæssig prostitutionsadfærd. Kompetencecenter Prostitution har således mødt unge kvinder, der ikke prostituerer sig på en massageklinik, og som ikke har været opmærksom på helt basale ting, de bør passe på.

Kompetencecenter Prostitution vurderer, at det har stor betydning for sikker prostitutionsadfærd hvilken massageklinik, kvinden starter på, og om oplæring finder sted. Betydningen af tillæring om sikker prostitutionsadfærd kendes fra andre undersøgelser, hvor det konkluderes at kvinder, der arbejder sammen, har en lavere tendens til at få seksuelt overførte sygdomme (Cohan m.fl., 2006). SIO har udarbejdet en guide til nye sexarbejdere, der beskriver, hvordan man kan agere, hvis man vil sælge sex. Den indeholder desuden en række anbefalinger, f.eks. om sundhed og momsregistrering.

⁸ Dette er i overensstemmelse med en norsk undersøgelse fra 1996 (Sandell m.fl.), hvor det anføres, at samleje, oral stimulation og massage udgør ca. 90% af de solgte seksuelle ydelser.

⁹ Priserne er indhentet fra to forskellige massageklinikker i København, maj 2008.

Metode

Litteraturstudie

Denne undersøgelse består af tre dele:

- Fysiske risici
- Psykiske og sociale risici
- Fastholdende faktorer

I forbindelse med hvert enkelt tema er foretaget en litteratursøgning og et efterfølgende litteraturstudie. Litteratursøgningen er foretaget for udgivelser fra 2000 og senere. Dog har vi valgt at medtage enkelte ældre publikationer, hvis vi har vurderet at de har særlig relevans for undersøgelsen. Der er søgt på danske, skandinaviske og øvrige vesteuropæiske publikationer, og på materialer fra USA og Australien, ikke alene videnskabelige rapporter, tidsskrifter, afhandlinger og specialer, men også danske biografier, skrevet af prostituerede.

Litteraturstudiets resultater

Det har vist sig meget vanskeligt at generalisere ud fra de publikationer, der er indgået i litteraturstudiet. Det skyldes forskellige forhold: I nogle undersøgelser er der ikke interviewet et tilstrækkeligt antal prostituerede til at resultaterne kan betragtes som generelt gyldige. I andre blandes prostitutionsformer sammen, og der konkluderes på eksempelvis samvariation mellem sociokulturel baggrund og prostitutionsdebut samt prostitution og følelsesmæssige skader, uden at det fremgår tydeligt om disse konklusioner baserer sig på påstande eller om de kan dokumenteres.

Endelig kan det være vanskeligt at overføre de udenlandske undersøgelser til en dansk kontekst. Eksempelvis er prostitution ulovlig i langt de fleste stater i USA, hvorfor man som kvinde i prostitution kan forvente at opleve andre problemer forbundet med prostitution dér, end man kan som kvinde i Danmark. Desuden tager amerikanske prostitutionsforskere udgangspunkt i at prostitution er kriminelt, hvilket gør undersøgelserne vanskelige at overføre til danske forhold. En væsentlig problemstilling har været om informanterne i de udenlandske undersøgelser, kan sammenlignes med vores målgruppe. Det ville blandt andet kræve et indgående kendskab til prostitutionsfeltet i det pågældende land, f.eks. er massageklinikker forbudte i Norge. Uanset de forbehold, der må tages over for de enkelte undersøgelser, der indgår i litteraturstudiet, finder vi nogle klare, gennemgående tendenser i litteraturen.

Det er vigtigt at pointere, at der er tale om risici. Hvorvidt den enkelte kvinde faktisk vil opleve en eller flere af disse risici, afhænger blandt andet af den enkeltes mestringsevne og af den kontekst prostitutionen foregår i.

Interview med fagpersoner

I forbindelse med undersøgelsen er foretaget to fokusgruppeinterview med tre socialfaglige medarbejdere fra Kompetencecenter Prostitution. Det ene interview havde fokus på fysiske risici, det andet på fastholdende faktorer og sociale og psykiske risici. Deltagerne blev udvalgt, så de repræsenterede hele Danmark.

De fysiske risici ved prostitution er desuden belyst ved interview med en sygeplejerske fra Venereaklinikken på Bispebjerg Hospital og fra PRO-sentret i Oslo.

Ambitionen med de indhentede interview har ikke været at skabe viden der kan generaliseres. Formålet har alene været at underbygge og eksemplificere den viden, vi har indhentet via litteraturstudiet. I den forbindelse skal det bemærkes, at vi ikke er stødt på væsentlige divergenser mellem resultatet af de undersøgelser, vi har læst, og de erfaringer, der er indhentet fra såvel social- og sundhedsarbejdere som fra kvinder i prostitution.

Kompetencecenter Prostitution er etableret på baggrund af regeringens handlingsplan på prostitutionsområdet, "Et andet liv" (Socialministeriet, 2005), og er siden gjort permanent. Kompetencecenteret er således finansieret af regeringen, og medarbejdernes faglige udgangspunkt er, i forlængelse heraf, at se prostitution som en social problemstilling.

Kompetencecenter Prostitutions medarbejdere er tilknyttet tre regionale teams, der bl.a. udfører landsdækkende, opsøgende, socialt arbejde på massageklinikkerne. Via denne indsats yder medarbejderne skadesreducerende og rådgivende arbejde blandt kvinderne i prostitution.

Derudover tilbyder Kompetencecenter Prostitution støttende samtaleforløb med kvinderne. Disse forløb kan bestå i at medarbejderne forsøger at støtte kvinder i forbindelse med prostitutionsophør, ligesom der kan være forløb med kvinder, der er aktive i prostitution og som ønsker støtte, f.eks. til at håndtere familiemæssige problemer. Kompetencecenter Prostitution kan desuden henvise kvinden til en psykolog. Det er en vigtig opgave for Kompetencecenter Prostitution at fungere som brobygger mellem kvinde i prostitution og 'systemet', f.eks. ved at deltage i møder med socialforvaltningen, politiet osv.

Venereaklinikken på Bispebjerg Hospital tilbyder alle borgere kontrol for blandt andet kønssygdomme. For at lette kvinder i prostitution og andre i udsatte situationers adgang til undersøgelse for veneriske og andre sygdomme, har Venereaklinikken oprettet en særlig VIP-ordning. Det anslås at klinikken hvert år opsøges af ca. 100 kvinder i prostitution. En del af disse er omfattet af vores undersøgelse. I forbindelse med undersøgelsen er der foretaget interview med en sygeplejefaglig medarbejder fra Bi-

spebjerg Hospitals venerologiske afd. Da prostituerede også har mulighed for at benytte det almene tilbud på Venereaklinikken og da VIP-ordningen også benyttes af andre udsatte grupper, har medarbejdere ikke altid mulighed for at afgøre, om en patient er i prostitution eller ej. Dette er en klar svaghed ved interviewet med sundhedsarbejderen fra Bispebjerg Hospital.

Det norske Pro Senter er et nationalt kompetencecenter beliggende i Oslo. Det har blandt andet et sundhedstilbud tilpasset prostituerede. PRO-sentret i Norge havde 170 norske prostituerede til konsultation på klinikken i 2007, hvoraf en ikke angivet del er misbrugere. Pro Sentret kan, ligesom de andre aktører på området, have vanskeligt ved at skelne mellem de forskellige prostitutionstyper, herunder prostituerede med en misbrugsproblematik.

Fælles for de to klinikker er, at de undersøger prostituerede for HIV, syfilis, klamydia, gonoré, herpes og celledrændringer i livmoderhalsen. PRO-sentret i Norge undersøger desuden for hepatitis A, B og C.

Interview med kvinder i prostitution

Interview med seks kvinder med prostitutionserfaring indgår i undersøgelsen om fysiske risici forbundet med prostitution. Informanterne blev udvalgt efter følgende kriterier: 1) Kvinder mellem 25 og 45 år af dansk oprindelse, og 2) Minimum 2 års prostitutionserfaring fra salg af blide former for sex på massageklinik.

Ved at fravælge lidt ældre kvinder, søgte vi at undgå at sygdomme og andre små skavanker, der ofte dukker op med alderen og som ikke relaterer sig prostitutionen, skulle skygge over fokus i undersøgelsen. Efterfølgende har det vist sig at kvinderne, uanset alder og erfaring, har en formodning om hvilke skader, der relaterer sig til prostitution og hvilke, der er opstået på baggrund af tidligere arbejdsforhold eller andet.

Kontakten til fire af kvinderne kom i stand via Kompetencecenter Prostitution. En kontakt blev skabt gennem en af de første informanter, og en kontaktede vi på egen hånd. Efter ønske fra kvinderne er alle interview foregået i deres 'arbejdstid' på massageklinikken. Tre interview blev gennemført alene med kvinden og uden nævneværdige afbrydelser. Ved de tre andre var en telefondame tilstede. Et interview blev afbrudt to gange pga. kundebesøg.

Beskrivelse af informanter

Caroline

Den yngste informant i undersøgelsen er Caroline¹⁰. Hun er sidst i tyverne og kommer fra en provinsby. Hun prostituerer sig i flere forskellige provinsbyer på Sjælland. Caroline stiftede bekendtskab med prostitution, da hun gennem en veninde fik anbefalet at arbejde som telefonpige på en klinik, mens hun var gravid. Hun besluttede sig for, at hun ville vende tilbage som 'pige' efter sin barsel, på grund af de nemme penge. Caroline har været ca. fem år i branchen og er på klinikker 2-5 gange om ugen, 7-13 timer ad gangen, hvor hun tilbyder overvejende blide ydelser. Hun har tidligere arbejdet som uaglært. Hun har en kæreste.

Oline

Oline er i midten af trediverne. Hun er enlig mor og single. Hun har været i prostitution ca. syv år og arbejder to gange om ugen, ca. 15 timer ad gangen, hvor hun tilbyder blide ydelser hovedsageligt i form af halve timer, som består af en cocktail med kombineret gensidig fransk og dansk. Oline kommer fra en af forstæderne til København og prostituerer sig både i midtbyen og i forstæderne. Hun opsøgte selv prostitutionsmiljøet og blev inspireret til det gennem film og tanken om nemt tjente penge. Hun har en kortere uddannelse som webdesigner, men måtte stoppe pga. en kronisk arbejdsskade. Oline har haft to andre job som uaglært.

Louise

Louise er i midten af trediverne. Hun er single og enlig mor. Louise startede i prostitution, da hun søgte efter et studiejob og responderede på en annonce i avisen, der søgte værtinder til en natklub, hvor hun samtidig kunne gå med gæsterne. Hun har nu været i prostitution i ca. 12 år og arbejder pt. to vagter a seks timer om ugen. Hendes mest eftertragtede ydelser er halve timer med gensidigt fransk og dansk. Louise har sideløbende taget en erhvervsrettet uddannelse.

Viktoría

Viktoría er sidst i fyrrerne. Hun er gift og har en datter fra et tidligere forhold. Viktoría har været i prostitution i 30 år med nogle års pauser undervejs. Hun startede som telefonpige på en klinik, som hun selv opsøgte og en dag begyndte hun selv at tage kunder. Viktoría har flere forskellige erhvervsrettede uddannelser. Hun arbejder ca. fem dage om ugen og timeantallet veksler fra vagt til vagt, men på lange vagter arbejder hun op til 12 timer. Hun sælger 50/50 blide ydelser og SM.

¹⁰ Informanterne er anonymiseret med dæknavne.

Julie

Julie er også i slutningen af fyrrerne og enlig mor til flere børn. Hun er tidligere prostitueret gennem 15 år, men stoppede for få år siden. Hun har efterfølgende arbejdet som telefondame to gange om ugen. Julie fortæller uopfordret under interviewet at hun blev udnyttet seksuelt som barn og teenager og som voksen blev hun tiltrukket af miljøet pga. en dårlig økonomi. Hun solgte kun blide ydelser de første mange år og sluttede de senere år af med SM. Julie havde 8-timers vagter og ydelserne varierede fra dag til dag. Hun har en kort erhvervsrettet uddannelse, men har arbejdet i flere forskellige ufaglærte job.

Karin

Karin er i begyndelsen af tresserne. Hun har været i prostitution i ca. 27 år og startede da hun var i midten af trediverne, pga. af manglende samliv i hendes ægteskab. Karin har været i gift i over fyrrer år og har børn. Hun har en erhvervsrettet uddannelse, men har arbejdet i flere ufaglærte jobs. Hun arbejder ca. 27 timer om ugen på den samme klinik. Karin arbejder ca. ni timer pr. vagt og har i gennemsnit fire-fem kunder. Hun sælger kun blide ydelser og overvejende fransk.

Bias

Social- og sundhedsarbejdere

Kompetencecenter Prostitution har været en vigtig informant i forhold til denne undersøgelse. Deres viden er erfaringsbaseret og under påvirkning af feltet og de fortællinger, de har fået fra kvinder, de har været i kontakt med. Kompetencecenteret havde på interviewtidspunktet haft samtale med ca. 10% af de kvinder¹¹ der prostituerer sig på massageklinikker, men det er ikke givent at disse er repræsentative. Og man kan muligvis formode, at erfaringerne fra Kompetencecenter Prostitution ikke afspejler bredden, variationen, prostitutionens mangfoldighed og således det generelle billede af de risici og fastholdende faktorer danske kvinder oplever ved prostitution. Tværtimod kan man antage, at navnlig de kvinder, der oplever problemer i forbindelse med deres prostitution, vil være særlig motiveret til at tage imod Kompetencecenter Prostitutions tilbud om rådgivning¹².

Tilsvarende gælder for de sundhedsmedarbejdere, som indgår som informanter i undersøgelsen. Deres viden er baseret på kvinder, der har opsøgt et sundhedstilbud (VIP/Bispebjerg eller Pro Sentret i Oslo) og som dels kan have særlige problemer, dels kan have særlig opmærksomhed på egen sundhed.

¹¹ I en opgørelse fra september 2008 er antallet af forskellige kvinder, Kompetencecenter Prostitution har haft samtale med, opgjort til 325.

¹² Dette forhold er Kompetencecenter Prostitution selv opmærksom på. De vurderer selv, at de taler med dem, der gerne vil ud af prostitution og ikke med dem, der har det godt med at prostituerede sig.

Kompetencecenter Prostitution er, ligesom forfatterne til denne undersøgelse, tilknyttet Servicestyrelsens udsatteenhed. Der er således tale om at vi har foretaget et fokus-gruppeinterview med kollegaer og tætte samarbejdspartnere. Herved ligger en latent fare for, at der i interviewsituationen opstår 'blinde pletter' og faglige indforståetheder.

Kvinder i prostitution

Fire af de seks kvinder, der er interviewet i forbindelse med undersøgelsen om fysiske risici, har vi fået kontakt med via Kompetencecenter Prostitution. Man må formode, at netop disse kvinder er særligt oplyste mht. beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme og om hvilke hjælpemidler, de skal benytte for at undgå flest mulige gener og skadevirkninger i forbindelse med prostitution. Endvidere må det antages, at Kompetencecenter Prostitution primært opnår kontakt til kvinder, der oplever problemer med at være i prostitution og som ønsker hjælp til prostitutionsophør. De to informanter, som blev kontaktet uden om Kompetencecenteret, adskilte sig dog ikke væsentligt fra de fire øvrige kvinder.

Helbredsmæssige risici forbundet med prostitution

Fra litteraturen

Generelt set er der relativt få undersøgelser, der siger noget om fysiske problemstillinger relateret til prostitution. Vores litteraturstudie har overordnet set tegnet et billede af fysiske skadevirkninger af prostitution, der kan tolkes i retning af, at skadevirkningerne snarere skal ses i et større livsperspektiv end som en direkte konsekvens af prostitutionen. Andre faktorer end prostitution kan udvikle fysiske skader.

Prostitution foregår i en given social, juridisk og kulturel kontekst, hvilket kan give problemer med at overføre resultaterne fra udenlandske undersøgelser til danske forhold. Forebyggelse og andre sundhedsfremmende tiltag kan have stor betydning for eksempelvis brug af kondom, som er den vigtigste variabel i forebyggelsen af seksuelt overførte sygdomme. En del af de prostitueredes sundhedsmæssige forhold er slet ikke undersøgt i Danmark, hvilket betyder at der mangler et sammenligningsgrundlag.

Det er samtidig problematisk at overføre resultater fra undersøgelser hvor betegnelserne gade- og klinikprostituerede ikke nødvendigvis er definerede eller dækker over det samme som i Danmark. I nogle undersøgelser, hvor gadeprostituerede indgår som en større eller mindre del af respondenterne, findes ofte en større forekomst af fysiske skadevirkninger. Ofte er det i de undersøgelser ikke muligt at skelne mellem de to grupper, hvilket kan medvirke til at vride data i en negativ retning.

Brug af kondom

På baggrund af den sparsomme nordiske forskning tegner der sig et billede af gennemgående brug af kondom og derfor få seksuelt overførte sygdomme i Norden. Også størstedelen af den engelske forskning viser, at de prostituerede på klinikkerne generelt er gode til at beskytte sig selv (Sanders, 2004, s. 562; Parsons, 2005, s. 90; McVerry & Lindop, 2005, s. 113).

Kønssygdomme og kroniske lidelser

Ud fra en generel betragtning lider kvinder i prostitution ikke mere af kønssygdomme end ikke-prostituerede. Der er heller ikke fundet tegn på kroniske lidelser blandt prostituerede der entydigt kan tilskrives prostitution. I de enkelte tilfælde hvor prostituerede

har kroniske lidelser, skyldes de typisk arbejdsskader fra en tidligere, anden beskæftigelse eller forskellige arvelige sygdomme.

Et enkelt, engelsk projekt med blandede prostitutionstyper viser signifikante sundhedsproblemer med mange seksuelt overførte sygdomme og kroniske lidelser (Ward & Day, 2006), ligesom et canadisk projekt viser tegn på en del fysiske skader og kønssygdomme hos godt 1/3 af de gade prostituerede (Benoit & Millar, 2001). Begge projekter kan være misvisende fordi de indeholder data vedrørende prostituerede stofmisbrugere, som i forvejen er særligt udsatte for fysiske skadevirkninger fra stofmisbruget. Der må således sættes spørgsmålstegn ved om skaderne skyldes prostitution eller andre hændelser i de prostitueredes liv.

Andre fysiske klager

En del prostituerede oplever psykosomatiske reaktioner der giver sig udslag i fysiske problemer. En nederlandsk undersøgelse finder forekomsten af fysiske klager, som hovedpine, mavepine og rygsmerter, signifikant højere hos prostituerede. Sammenhængen til prostitution er dog også her usikker (Vanwesenbeck, 1994).

En australsk undersøgelse viser, at der er få forskelle mellem kvinder i prostitution og kvinder fra den øvrige del af befolkningen i relation til smerter, kløe og vaginalt udflåd. De prostituerede kvinder viser sig snarere at have lidt færre problemer end gennemsnittet (Munasinghe m.fl., 2007).

Samarbejde og fysiske skader

I et engelsk og et amerikansk projekt fandt man tegn på, at prostituerede, der arbejder sammen, er bedre til at beskytte sig og har færre fysiske skader. Ud over at de prostituerede lærer af hinandens erfaringer og informerer hinanden, kan dette imidlertid også skyldes, at prostituerede, der arbejder sammen, oftest arbejder under mere ordnede forhold (Cohan m.fl., 2006; McVerry & Lindop, 2005, s. 113).

Alt i alt er det ikke muligt at finde skriftlig dokumentation for, at alvorlige fysiske sygdomme udgør en væsentlig risiko for danske kvinder der prostituerer sig på massageklinikker. Det skyldes måske især den udbredte brug af kondom.

Prostituerede som socialt udsatte i et sundheds- perspektiv

I Danmark findes kun få undersøgelser, der beskæftiger sig med prostitueredes sundhed¹³ (Rådet for Socialt Udsatte 2007:7). I særdeleshed mangler der studier af prostitueredes fysiske sundhed og skadevirkninger af prostitution¹⁴. Derimod findes der undersøgelser af socialt udsattes sundhedsforhold. Disse undersøgelser kan dog ikke uden videre overføres til danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker, bl.a. fordi klinikprostituerede ikke nødvendigvis lider økonomisk nød. Det taler imidlertid for at bruge disse undersøgelser, at prostituerede har en række af de samme problemer som udsatte, f.eks. begrænsede kompetencer i relation til arbejdsmarkedet. Når vi har valgt at inddrage den eksisterende viden om socialt udsattes sundhed i denne rapport, er det fordi, der her kan hentes viden, som kan være med til at forstå de fysiske klager, der ofte forveksles med skader opstået i forbindelse med prostitution.

Nedenfor vil undersøgelsen blive diskuteret, herunder om resultaterne kan overføres til danske kvinder i klinikprostitution.

Udsathed, sundhed og prostitution

Rådet for Socialt Udsattes undersøgelse (2007, s. 8-11) viser overordnet, at alle socialt udsatte-grupper er mere syge end ikke-socialt udsatte. Den viser endvidere en sammenhæng mellem længden af uddannelse og graden af hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Der ses en tendens til at personer med kortest uddannelse generelt har den mindst hensigtsmæssige sundhedsadfærd. Særligt socialt dårligt stillede og psykisk svage ryger mere, spiser mindre sundt og rapporterer i højere grad tegn på symptomer, gener og langvarig sygdom end ikke socialt udsatte. Desuden viser analyserne, at kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister har en meget høj forekomst af psykiske og somatiske lidelser herunder en overrepræsentation af psykisk sygdom, bevægeapparat sygdomme, herunder forskellige gigtsygdomme, og skader.

Undersøgelsen er baseret på en række parametre, som er med til at påvirke den enkeltes sundhed: alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug samt fattigdom.

¹³ WHO's definition af sundhed er: «Sundhed er en tilstand af fuldkommen legemlig, sjælelig og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom og gener». Fysisk sundhed kan i teorien oversættes med WHO's betegnelse af legemlig velvære. Vi er opmærksomme på at fysisk sundhed oftest skal ses i samspil mellem sjælelig og socialt velvære, selvom det er forsøgt at opdele de tre former i projektet. Pro Sentret i Norge har fx set store udfordringer i psykisk sygdom hos prostituerede som kommer til udtryk i somatiske symptomer (Pro Sentret 2007:54).

¹⁴ For en gennemgang af dansk litteratur på området se afsnittet 'litteraturgennemgang'

Massageklinikprostituerede er ikke repræsenteret i undersøgelsen¹⁵, og vi mener, at det er tvivlsomt om disse parametre gælder denne gruppe, bl.a. fordi tilknytning til en klinik kræver, at man er i stand til at overholde vagtplaner, hvilket udelukker kvinder med et massivt misbrug. Uanset at økonomiske problemer ofte forbindes med prostitutionsdebut, er det desuden tvivlsomt, om massageklinikprostituerede generelt kan betragtes som egentligt fattige.

Der er dog også forhold, der peger på, at nogle af undersøgelsens resultater kan overføres til massageklinik-prostitution. Oplysninger fra Kompetencecenter Prostitution peger på, at en del kvinder i prostitution sideløbende modtager offentlig overførselsindkomst, typisk kontanthjælp eller førtidspension. Det stemmer overens med massageklinikundersøgelsen (Christensen & Barlach, 2004), der viste at 50% af respondenterne modtog kontanthjælp¹⁶. Samme undersøgelse viste, at 43% af kvinderne ikke havde nogen uddannelse, hvilket betyder, at deres gennemsnitlige uddannelsesniveau er lavere end hos befolkningen som helhed. I det omfang kvinderne har arbejde ved siden af deres prostitution, er det typisk ufaglært arbejde eller et arbejde, hvor kvinden er kvalificeret via en kort videregående uddannelse.

Undersøgelser har desuden vist, at nogle kvinder i prostitution har færre og løsere relationer end andre. Sociale relationer har positiv betydning for menneskers sundhed. Personer med stærke sociale relationer bliver mindre syge og når de bliver syge, komme de sig hurtigere end personer med svage sociale relationer (Rådet for Socialt Udsatte, 2007, s. 107).

Den samfundsmæssige stigmatisering, der er forbundet med prostitution, betyder, at mange kvinder lever et dobbeltliv og at hemmeligholdelsen af prostitutionen kan føre til social isolation (Rasmussen, 2007).

I massageklinikundersøgelsen (Christensen & Barlach, 2004:38) undersøger forfatterne kvindernes åbenhed om prostitution, og anfører, at kvinder i prostitution oplever social isolation og ofte ikke har fortalt hverken familie eller venner om deres prostitutionserfaringer. I denne undersøgelse lever 15% af kvinder med hemmeligheden om deres prostitutionserfaringer. Ud af de 63% kvinder, som har angivet at have en kæreste eller ægtefælle, har 69% fortalt vedkommende om deres prostitution. 28% har fortalt familie (ud over ægtefælle og børn) om deres erfaringer og 36% har fortalt venner uden for prostitutionsmiljøet om deres prostitution. Undersøgelsen angiver ikke, om kvinderne føler sig socialt isolerede, men 72% har ikke oplyst anden familie end ægtefælle om deres liv i prostitution, og 64% ikke har talt med deres venner uden for prostitution om deres erfaringer, fordi det kunne tænkes at have en dårlig indflydelse på deres sociale relationer.

¹⁵ Det skyldes dels en meget lav svarprocent på de udsendte spørgeskemaer, dels at skemaerne blev uddelt på herberger, væresteder, varmestuer m.m., hvor det ikke formodes, at kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker, befinder sig.

¹⁶ I Christensen og Barlachs undersøgelse (2004) viser det sig, at ca. 50% af de interviewede prostituerede er på kontanthjælp (af et datamateriale på 128 respondenter).

De generelle undersøgelser af socialt udsattes sundhed kan ikke entydigt overføres til gruppen af kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker. Men der er nogle forhold der peger på, at gruppen, uafhængigt af, at de prostituerer sig, kan have dårligere helbreds-mæssige forhold end befolkningen generelt. Det kan derfor ikke udelukkes, at nogle af de fysiske gener, som tidligere er antaget at stamme fra prostitution, lige så godt kan være udtryk for en socialt udsat gruppes øgede sygdomstendens.

Prostitutionsadfærd

Prostitution, som den foregår på de danske massageklinikker, har en række fællestræk og der eksisterer en række mere eller mindre eksplicite 'regler' eller normer, f.eks. om brug af kondomer. Det betyder, at der på klinikkerne kan skabes en adfærd, som kan have direkte betydning for kvindernes helbredsforhold. For at påvirke kvindernes adfærd i en sundhedsfremmende retning, rådgiver såvel Kompetencecenter Prostitution som SIO om følgende:

- Brug af kondom og glidecreme
- Intimvask
- Adfærd ved menstruation

Bortset fra brugen af kondom, er det, på det foreliggende materiale, vanskeligt at afgøre, om – og i hvilken grad – disse aspekter ved prostitutionsadfærden udgør fysiske risici for kvinderne. Vi har dog valgt kort at redegøre for dem, da vi mener, at de medvirker til at nuancere billedet af prostitution.

Brug af kondom

Kondombrug er en af de vigtigste forholdsregler, hvis man vil undgå smitte med veneriske sygdomme. Derfor har forskellige social- og sundhedsmæssige tiltag også i mange år vejledt prostituerede om sikker sex og hensigtsmæssig prostitutionsadfærd, ligesom det typisk indgår i den oplæring, der finder sted på nogle massageklinikker. Både i litteraturstudiet og ud fra interviews med vores informanter tyder det på, at der langt overvejende benyttes kondom på de danske massageklinikker, hvilket også SIO pointerer betydningen af. I København findes klinikker, hvor der annonceres med at der sælges sikker sex. Her kan det medføre bortvisning, hvis den prostituerede undlader at benytte kondom (Kompetencecenter Prostitution). Det er Kompetencecenter Prostitutions oplevelse, at der i miljøet bliver set ned på de kvinder, der ikke benytter kondom. Når kondom benyttes så ofte, som der gives udtryk for, skal det dels begrundes i sundhedsmæssige hensyn, dels i at der ved kondombrug lægges en vis distance til kunden (Kompetencecenter Prostitution; Sandell m.fl., 1996).

Medarbejderne fra Kompetencecenter Prostitution fortæller dog, at når de har etableret en tættere kontakt med en kvinde, der prostituerer sig, sker det, at kvinden oplyser, at

hun ikke benytter kondom så rutinemæssigt som først angivet. I sådanne tilfælde fravælger kvinderne at bruge kondom, primært for at optimere deres indtjening. Også Venerreaklinikken har, via kunderne, kendskab til, at det er muligt at købe sex uden kondombrug.

De kvinder, vi har interviewet i forbindelse med denne undersøgelse, oplyser at de alle bruger kondom, når de har samleje med en kunde. Fire af de interviewede giver udtryk for, at andre prostituerede tilbyder kundernes samleje uden kondom og at det kan være nødvendigt for at tjene penge. Det begrundes de blandt andet ved, at kunderne efterspørger det. En siger, at hun ikke kender til, at nogle undlader at benytte kondom, og en finder, at mistanke om manglende kondombrug kan opstå på grund af misundelse, hvis en kvinde har særlig mange kunder. På denne baggrund må det formodes, at der er en vis overrapportering af, hvor ofte kondom benyttes på de danske massageklinikker.

I betragtning af den store prostitutionserfaring de interviewede kvinder har, har de få erfaringer med kondombrist. Viktoria fortæller, at hun kun har oplevet det en enkelt gang, en anden, at det i snit sker en gang om året.

”Jo ... det har jeg været ude for (at kondomet sprang), men det er faktisk mange år siden. Det er ofte, når man er lidt ny i branchen. Hvor man ikke rigtig kender trickene ...”

Når kondomet brister, tømmer kvinderne typisk skeden for sæd, vasker sig og benytter evt. sæddræbende creme. De få kondombrist skal ses i lyset af, at kvinderne er meget opmærksomme på at forebygge dem, bl.a. ved at bruge glidecreme.

Det er gennemgående i vores interview, at kvinderne oplever, at de kan vurdere, om en kunde lider af en seksuel overførbare sygdom eller ej. Oline fortæller hvad hun gjorde, da hun var ude for at kondomet sprang:

”Jeg gjorde faktisk ikke så meget, tissede og håbede ... Han var på alder med mig, en meget, meget pæn fyr. Så tænkte jeg ... bare sådan lidt ... det ved jeg godt er forkert. Man kan jo ikke se på folk, om de fejler noget, men han så ud til ikke at være én af dem, hvor man skulle gå og være nervøs.”

Vores informanter fortæller samstemmende, at der benyttes kondom, når de yder samleje og analsex, ligesom der er stor opmærksomhed på at skifte kondom ved stillingskift og hvis der er flere kvinder, der servicerer en kunde samtidig. De kvinder, der er blevet interviewet, fortæller, at de altid benytter kondom, når de sælger oralsex og at kondomet påføres såvel penishoved som skaft. Derimod beskytter de sig ikke når de modtager oralsex. Dette er i overensstemmelse med Kompetencecenter Prostitutions erfaringer, der dog også har mødt prostituerede, der sælger oralsex uden brug af kondom.

Øvrig prostitutionsadfærd

Brug af glidecreme

For at undgå gener i form af tørre slimhinder og kondombrist anbefaler Kompetencecenter Prostitution kvinderne at benytte glidecreme, når de har samleje med en kunde. SIO er kritisk over for brug af glidecreme og anbefaler i stedet kvinderne at benytte vaseline og evt. fugtgivende intimgelé. De kvinder, som vi har interviewet, har forskellig praksis. To af dem fortæller, at de er overfølsomme over for glidecreme, mens én fortæller, at hun ikke har behov for at bruge det. På det foreliggende grundlag er det vanskeligt at konkludere i hvor høj grad kvinderne bruger glidecreme, og om manglende brug giver dem problemer.

Intimvask

Kompetencecenter Prostitution oplyser, at en del prostituerede foretager hyppig intimvask med parfumerede produkter, hvilket kan medvirke til at give gener i underlivet. Dette er ikke et problem for de interviewede kvinder, der svarer, at de enten bruger vand alene eller med neutrale sæber.

Flere informanter er inde på, at de tidligere har vasket sig for hyppigt og med sæbe, hvilket har givet gener og svamp. Oplæring i prostitution spiller formentlig en betydelig rolle, hvis generne skal minimeres.

Adfærd under menstruation

Kvinder, der har sex mens de menstruerer, er mere udsatte for smitte. Derfor anbefaler Kompetencecenter Prostitution at kvinderne holder pause fra prostitution i de dage, hvor de har menstruation.

Det er gennemgående i vores interview med prostituerede såvel som i Kompetencecenter Prostitutions erfaringer, at kvinderne sjældent holder pause mens de menstruerer. De kvinder, der har deltaget i vores interview, placerede typisk natursvampe eller engangsvaskeklude øverst i skeden, når de var sammen med en kunde. En enkelt kvinde fortæller, at det sker, at hun tilbyder kunderne andre seksuelle ydelser end samleje, når hun menstruerer.

Det er vores indtryk, at de kvinder vi har talt med er generet af deres menstruation – men sjældent i en grad, der forhindrer dem i at sælge samleje.

Brug af sundhedsvæsen

Undersøgelser viser, at kvinder i prostitution i lige så høj grad som andre kvinder benytter sig af sundhedsvæsenet, men at de ikke oplyser at de prostituerer sig. Massageklinikundersøgelsen (Christensen & Barlach, 2004) viser således, at 84% af kvinderne ikke havde fortalt deres læge eller andet sundhedspersonale om deres prostitution, hvilket stemmer overens med Kompetencecenter Prostitutions erfaringer. I en amerikansk undersøgelse fandt man, at 31,2% af 783 prostituerede var bange for misbilligelse i forbindelse med at tale med sundhedspersonale om deres prostitution (Cohan m.fl., 2006). Stigmatisering af kvinder i prostitution er således den primære årsag til hemmeligholdelse. Ikke at oplyse lægen om deres prostitution, kan vanskeliggøre, at kvinderne får den optimale rådgivning og behandling, f.eks. har Kompetencecenter Prostitution erfaret at kvinderne ofte benytter sig af håndkøbsmedicin eller forskellige former for udokumenterede behandlingsmetoder, når de har underlivsgener og -sygdomme, uden at de forinden har rådført sig med en læge.

Nedenfor følger en gennemgang af de problematikker der knytter sig til kvindernes brug af egen læge og sundhedstilbud generelt.

Brug af egen læge

Som tidligere beskrevet viser undersøgelser, at kvinder i prostitution hemmeligholder deres 'beskæftigelse' for deres læge. Det er opfattelsen, blandt interviewede fagpersoner fra Kompetencecenter Prostitution, at kvinder i prostitution i nogle tilfælde helst undgår at opsøge egen læge, særligt hvis det drejer sig om sygdom, de selv relaterer til prostitution. Sygeplejersker fra Bispebjerg Hospitals VIP-klinik og Pro Sentret i Oslo mener, at kvinder i prostitution benytter det almene sundhedsvæsen i lige så høj grad som andre kvinder, men at de undlader at oplyse om deres prostitution. Og hvis henvendelsen drejer sig om prostitutionsrelaterede problemer, fortæller kvinden en dækhistorie for ikke at blive afsløret.

Vores interviews bekræfter denne tendens. Fem af de seks interviewede kvinder har ikke fortalt lægen, at de prostituerer sig. Alle seks interviewede kvinder fortæller, at de benytter deres egen læge, når de er syge, og fem ud af de seks kvinder betegner deres kontakt til egen læge som fin, god eller meget god. En enkelt af kvinderne havde et dårligt forhold til sin egen læge og har derfor nyligt skiftet til en anden. Forholdet skyldtes dårlig kemi og hang ikke sammen med, at kvinden var prostitueret, da hun ikke havde oplyst lægen om det.

Alle kvinderne benytter egen læge eller gynækolog til undersøgelser, der relaterer sig til prostitution. En kvinde har benyttet sig af VIP-ordningen på Bispebjerg Hospital, hvis der var et problem, hvor hun ønskede at oplyse lægen om sin prostitution, da hun og hendes mand ikke ønsker, at deres egen læge skal kende til hendes prostitution. Ellers

bruger hun egen læge til de rutinemæssige underlivstjek, uden at fortælle, at hun prostituerer sig. I interviewene med de prostituerede kvinder finder vi ikke tydelige tegn på, at kvinderne afholder sig fra at benytte det almene sundhedsvæsen af angst for, at deres prostitution skal blive afsløret af lægen. Umiddelbart tegner der sig et billede af, at kvinderne faktisk benytter egen læge, når de skal have foretaget rutinemæssig kontrol. Det ser heller ikke ud til, at disse kvinder holder sig tilbage med at opsøge egen læge, når det drejer sig om prostitutionsrelaterede sygdomme eller gener eller fx kondombrist.

Det kan absolut ikke afvises, at det er en vigtig problematik at nogle kvinder, som Kompetencecenter Prostitution har oplevet, undlader at opsøge egen læge, når det drejer sig om prostitutionsrelaterede problemer og derfor forsøger at behandle sig selv på uhensigtsmæssig vis, og at det i sig selv kan skade deres sundhed. Dog peger vores undersøgelse nærmere i retning af, at kvinderne benytter sundhedsvæsenet; men der kan ligge en problematik i, at de undlader at oplyse lægen om, at de er i prostitution.

Hemmeligholdelse og sundhedsvæsenet

Som belyst ovenfor benytter en stor del af kvinderne i prostitution sundhedsvæsenet i lige så høj grad som andre kvinder, men de undlader at fortælle at de prostituerer sig. Hemmeligholdelsen kan stille de prostituerede i en dårligere situation rent sundhedsmæssigt, idet lægen således ikke får mulighed for, at inddrage en potentielt afgørende oplysning i arbejdet med at stille diagnosen, behandle sygdommen og forebygge at sygdommen eller generne vender tilbage.

En prostitueret kvinde fortæller, at hun kommer hos lægen ca. hver 3. måned pga. tilbagevendende svamp, som hun mener opstår fordi hun ikke kan tåle hverken glidecreme eller kondomer. Hun bliver som regel tjekket for kønssygdomme ved disse lejligheder, når hun nu alligevel er hos lægen, eller hvis hun mener, der er behov for det. Her undskylder hun sig med, at hun har glemt at beskytte sig.

En anden kvinde har mange underlivsproblemer og har i øvrigt både haft længere forløb hos en gynækolog og en psykolog uden at oplyse om, at hun prostituerer sig. Hun mener selv, at det i visse tilfælde kunne være en hjælp for lægen at have denne oplysning.

Brug af særlige sundhedstilbud

For at lette prostitueredes adgang til sundhedstilbud, har Venereaklinikken på Bispebjerg Hospital – som tidligere beskrevet – oprettet en særlig VIP-ordning. En af ordningens styrker er, at det er et tilbud til alle borgere, og at brug af tilbuddet ikke i sig selv medvirker til at stigmatisere kvinderne.

Til spørgsmålet om hvad der er attraktivt ved VIP-tilbuddet i Danmark, svarer sygeplejersken at "... det er godt at alle kan benytte tilbuddet, så ingen føler sig stigmatiserede". Desuden har sygeplejerskerne ved VIP-tilbuddet oplevelsen af, at de kvinder, der benytter tilbuddet, er trygge ved at komme der og finder tilbuddet attraktivt på områder som anonymitet og ekspertise. De sygeplejersker, vi har talt med, peger begge på, at det kan være lettere for kvinder og mænd i prostitution, at kontakte særlige sundhedsklinikker, som har kendskab til prostitutionsmiljøet, f.eks. når de ønsker at blive testet for kønssygdomme¹⁷. Begge sygeplejersker påpeger det som en styrke ved de særlige sundhedstilbud, at de kan være ukomplicerede, fordi kvinderne her ikke behøver at forklare deres situation. Sygeplejerskerne mener begge, at kvinderne sædvanligvis benytter de almene sundhedstilbud, men når det drejer sig specifikt om prostitutionsrelaterede problemer, kan de særlige tilbud være fordelagtige.

En enkelt af de kvinder, vi har interviewet, har prøvet VIP-tilbuddet og var glad for det, mens en anden kvinde beretter om at hun er bange for at blive genkendt og identificeret som prostitueret hvis hun benytter tilbuddet.

Opsamling

Vores undersøgelse peger på, at kvinder i prostitution generelt benytter sig af det almene sundhedsvæsen, hvis de er syge, men at der kan spille særlige faktorer ind, når det drejer sig om prostitutionsrelaterede symptomer og sygdomme og kvindernes brug af egen læge.

Overordnet set er det ud fra denne undersøgelse ikke muligt at komme med et konkret bud på i hvilken grad, det kan have betydning for kvindernes fysiske sundhed og helbredelse, at de ikke oplyser lægen om deres prostitution. Men når lægen ikke kender til kvindens prostitution, risikerer kvinden at blive udelukket fra at få den optimale behandling for sin sygdom, ligesom det bliver vanskeligere at forebygge helbredsmæssige problemer. Undersøgelsen har desuden vist tegn på, at kvindernes manglende lyst til at oplyse lægen om deres prostitution kan have sammenhæng med det stigma, der i det danske samfund forbindes med prostitution. Denne angst, eller for nogle snarere bekymring, har vist sig hos flere af kvinderne i forhold til, at lægen skulle opdage deres prostitution. Dog ikke i en sådan grad, at det har afholdt disse kvinder fra at benytte lægen.

¹⁷ I forbindelse med oprettelse af tilbud til særlige grupper er det væsentligt at være opmærksom på, at tilbuddet i sig selv samtidig kan være med til at stigmatisere gruppen yderligere. Venereaklinikken på Bispebjerg Hospital har løst dette dilemma ved både at være et generelt tilbud til alle borgere, samtidig med, at de tager særlig hånd om de patienter, der tilhører en udsat gruppe.

Fysiske risici

Som tidligere beskrevet eksisterer der meget lidt viden om somatiske sygdomme, fysiske gener og smerter hos danske prostituerede på massageklinikker. Og den viden der findes, bygger på ganske få undersøgelser, nogle af ældre dato. Til gengæld findes en del erfaringsbaseret viden fra mange opsøgende medarbejdere og sygeplejersker, som omgås de prostituerede dagligt. Da socialarbejderne primært omgås en selekteret gruppe af de prostituerede, kan deres erfaringer dog ikke siges at gælde for alle kvinder, der prostituerer sig på klinik.

Vi har i undersøgelsen fundet at de fysiske risici ved prostitution har vidt forskellige former. For at skelne mellem de forskellige former og grader af skader, har vi valgt at opdele fremstillingen i nedenstående punkter. Et mål med opdelingen er, at give et overblik over hvilke sygdomme og gener, der relaterer sig direkte til prostitution, og hvilke, der er opstået under andre omstændigheder, f.eks. som arbejdsskader fra tidligere jobs. Vi har desuden forsøgt at spørge ind til graden af sygdomme, smerter og gener, dvs. om de er kroniske eller forbigående. Vi sondrer mellem:

- **Somatiske sygdomme** herunder hovedsageligt kønssygdomme, underlivssygdomme og underlivsinfektioner. Somatiske sygdomme kan være alt fra alvorlige kroniske lidelser til forholdsvis let helbredelige kønssygdomme, hvor det oftest er muligt at stille en medicinsk diagnose.
- **Prostitutionsrelaterede gener og smerter**, dvs. diverse smerter i ryg, albuer, underliv og gener i form af bl.a. udflåd, kløe, allergier, ubalancer i skeden, der direkte kan relateres til prostitutionen. Gener og smerter er skader af mere ubestemt karakter, hvor årsagen kan være svær at spore og der kan samtidig oftest ikke stilles en diagnose på problemet, dog undtaget reelle slidskader.
- **Psykosomatiske sygdomme** kan karakteriseres som sygdomme eller smerter uden en fysisk forklaring. Symptomerne er opstået som følge af psykiske problemer og der kan derfor ikke findes fysiske forklaringer på dem.
- **Helbred generelt** omfatter somatiske sygdomme og gener, som ikke er relateret til prostitution, psykiske lidelser og alt hvad der ikke falder ind under de ovenstående kategorier. Helbred generelt er medtaget for at bidrage til diskussionen om socialt udsattes helbredsforhold.

Somatiske sygdomme

Kønssygdomme

I den nordiske forskning findes ingen tegn på, at prostituerede i højere grad end andre mennesker er smittet med kønssygdomme (Rasmussen, 2007; Bjørnholt, 1994; Pro Sentret, 2007; PRO-Centret, u.å.). En engelsk undersøgelse finder ligeledes få fysiske

risici ved prostitution. Her betragtes konsekvenserne af kondombrist, i form af forøget risiko for smitte, for den største fare (Sanders, 2004). Taget i betragtning, at det er forholdsvis sjældent kvinderne oplever, at kondomerne springer, må det umiddelbart betegnes som en forholdsvis lille risiko.

Der er i andre udenlandske undersøgelser fundet tegn på at nogle prostituerede er smittet med kønssygdomme. En engelsk undersøgelse med 354 kvinder fra forskellige prostitutionstyper i London fandt signifikante sundhedsproblemer hos de prostituerede, herunder kønssygdomme. Det er dog uklart om der medvirker udenlandske prostituerede i undersøgelsen og hvilken forskel der er på de forskellige prostitutionstyper mht. sundhed og risikoadfærd. Derfor kan denne undersøgelse være vanskelig at overføre til danske forhold.

Det er allerede en afkræftet myte, at prostituerede er årsag til udbredelsen af kønssygdomme i Danmark (Rasmussen, 2007, s.85). Sygeplejersken fra VIP-Klinikken på Bispebjerg og sygeplejersken fra Pro Sentret i Norge fortæller at de ikke oplever, at de prostituerede er særligt smittede med kønssygdomme¹⁸. Sygeplejersken fra Bispebjerg giver udtryk for, at de generelt finder færre kønssygdomme hos de prostituerede end hos den almindelige befolkning. De opsøgende medarbejdere fra Kompetencecenter Prostitution har heller ikke indtryk af, at kvinderne i prostitution ofte lider af kønssygdomme.

Den forholdsvis moderate smitte med kønssygdomme, der findes i prostitutionsmiljøet hos danske klinikprostituerede, stammer fra kvindernes privatliv. Det bekræftes af Louise:

”Ja, fordi jeg har kønsvorter. Altså, de er jo ikke i udbrud nu, men jeg blev smittet meget før jeg startede i branchen – af en kæreste”.

Caroline har også prøvet at blive smittet med kønsvorter af en kæreste, der viste sig at være hende utro, mens hun arbejdede i prostitution. Hun var heller ikke i tvivl om, hvordan hun var blevet smittet. Julie fortæller om en enkelt gang hun har haft klamydia:

”Jeg tvivler på, at det har været fra en kunde, for vi har altid brugt gummi”.

Det er derfor ikke usandsynligt, at en del kvinder i prostitution smittes med klamydia eller andre kønssygdomme, hvis de dyrker ubeskyttet sex i deres privatliv¹⁹. De tre sidste kvinder i vores undersøgelse fortæller, at de aldrig har haft en kønssygdom. Vi har

¹⁸ Se evt. årsrapporten: Året 2007, Pro Sentret, Oslo Kommune, for specifikke tal og statistik.

¹⁹ Klamydia er den mest udbredte kønssygdom i Danmark, og man vurderer at 5-10% af de 18-25 årige er smittet. Der påvises ca. 24.000 tilfælde årligt hvor 2/3 er kvinder (Sand, 2007). Klamydia kan være skyld i kroniske følger, hvis det ikke opdages i tide, f.eks. barnløshed, graviditet uden for livmoderen, kroniske underlivssmerter og underlivsbetændelse. Det er til gengæld nemt at behandle, hvis man tidligt opdager smitten.

desuden spurgt særligt ind til seksuelt overførte sygdomme, som kan smitte selv ved brug af kondom. Sygdomme som fnat, fladlus og herpes (overført fra mund til kønsdele). Hverken sygeplejersker, opsøgende medarbejdere eller de seks kvinder i prostitution, har oplevet tilfælde af disse sygdomme eller infektioner.

Overordnet tegner der sig således et billede af, at kønssygdomme findes hos prostituerede i samme grad som hos den resterende del af befolkningen. Der er ingen umiddelbare tegn på at den smitte, der forekommer, sker gennem deres prostitution, men at årsagen til smitten måske snarere skal findes i deres private sexliv, hvor de fleste adspurgte kvinder enten har prøvet at glemme kondomet eller stopper med at bruge det efter en tid med en ny kæreste. Som det tidligere fremgik, er der dog en vis overrapportering af brugen af kondom på de danske massageklinikker, så det kan ikke udelukkes, at kvinderne også er udsat for nogen smitte gennem deres prostitution.

Underlivet

Problemer med underlivet omfatter flere forskellige lidelser, f.eks. cyster, fibromer og celleforandringer (forstadiet til livmoderhalskræft) samt underlivsbetændelse og mindre alvorlige infektioner som svamp, skedekatar og forskellige bakterielle infektioner.

En enkelt dansk undersøgelse peger på at gadeprostituerede er særligt udsatte for underlivsbetændelse og andre underlivssygdomme pga. kulde og træk på gaden og fra biler (Bjørnholt, 1994). Med denne begrundelse kan risici for underlivssygdommene dog ikke overføres til klinikprostituerede, da de opholder sig indenfor på klinikker, når de prostituerer sig. I et nederlandsk studie har 38% af kvinderne haft relativt milde gynækologiske klager (Vanwesenbeeck, 1994). Et engelsk studie viser, at 97 af 130 (75%) adspurgte har kroniske lidelser i form af muskel-, skelet-, kredsløbs- eller gynækologiske sygdomme. Også i den upublicerede miniundersøgelse fra Bispebjerg nævnes underlivsbetændelse som en angivet sygdom.

Når det drejer sig om årsagssammenhænge mellem selve prostitutionsaktiviteten og fysiske klager, viser flere udenlandske undersøgelser tegn på at relationen er kompleks (Vanwesenbeeck, 1994; Ward & Day, 2006). En af undersøgelserne påpeger at bl.a. traumer og misbrug i barndommen kan forårsage større fysisk og psykisk sårbarhed som voksen (Vanwesenbeeck, 1994).

Underlivssygdomme

Der kan ikke med sikkerhed fastslås en sammenhæng mellem underlivssygdomme og prostitution. Begge interviewede sygeplejersker udtrykker, at det er sjældent de oplever at kvinderne kommer med deciderede underlivssygdomme.

Kompetencecenterets opsøgende medarbejdere har kun få erfaringer med klager over mere alvorlige underlivssygdomme fra danske kvinder i prostitution. En enkelt medarbejder har kendskab til tre kvinder, som har fået fjernet livmoderen i en alder af ca. 30 år, hvilket hun mener, kan have relation til prostitutionen.

To af de interviewede kvinder har haft alvorlige underlivsproblemer. Oline har haft mange problemer med cyster på æggestokkene og styrtblødninger. Hun har fået besked af lægen om at hun ikke kan få flere børn, fordi hendes underliv er ødelagt. Oline mener, at det er prostitutionen, der har ødelagt hendes underliv. Hun tror det har været særligt skadeligt for hende, at arbejde i en jacuzzi-klub, hvor vandet blev skiftet hver 4-5 uge. Hun fortæller, at hendes problemer er opstået efter dette job. Oline oplyser senere, at både hendes mor og mormor har alvorlige underlivsproblemer. Mormoderen har fået fjernet hele sit underliv og moderen har store problemer med cyster. Oline er selv inde på, at hun nok er arveligt disponeret, hvad angår cysterne.

Karin har fået fjernet sit underliv pga. af fibromer på livmoderen. Hun taler ikke om fibromerne som prostitutionsrelaterede, men at det faktum, at hun har fået fjernet underlivet, kan være årsag til smerter ved samleje. Hun nævner, at begge hendes forældre er døde af kræft og er derfor glad for, at hun nu har forebygget, at hun kommer til at udvikle kræftceller i underlivet.

De to kvinders fortællinger illustrerer en del af kompleksiteten i årsagssammenhænge mellem prostitution og alvorlige underlivsproblemer og sygdomme (se også Vanwesenbeeck, 1994 og Ward & Day, 2006). Kvindernes opfattelse af, hvor deres underlivsproblemer stammer fra, varierer. Oline oplever, at hendes problemer skyldes prostitutionen, mens det undervejs i interviewet viser sig, at hun sandsynligvis samtidig er genetisk disponeret for at udvikle cyster i underlivet, hvilket også må medtænkes som årsag til hendes underlivssygdom. Karin har modsat ikke fornemmelse af, at hendes fibromer direkte skyldes prostitutionen. Hun er blot opmærksom på, at hun er arveligt disponeret for kræft og har derfor valgt, at få fjernet hele underlivet²⁰.

Vores undersøgelse kan ikke afdække om der er en årsagssammenhæng mellem prostitution og mere alvorlige underlivssygdomme. Det kræver en dybdegående undersøgelse af kvinderne, der formentlig vil kræve lægelig ekspertise og grundige samtaler med kvinderne om deres arvelige disponeringer, deres livsstil og generelle adfærd.

Underlivsinfektioner

Bakterielle infektioner som skedekatar er den hyppigste årsag til udflåd hos kvinder og har en prævalens²¹ på ca. 10% hos seksuelt aktive kvinder (Sand, 2007). Bakteriel vaginose behandles med antibiotika. Ubehandlet kan den medvirke til infektioner i livmoderen, og ved graviditet kan den være årsag til alvorlige komplikationer.

Sygeplejersken fra Pro Sentret i Norge oplyser, at de hyppigste infektioner hos kvinderne er cervicitter²² og bakteriel vaginose²³. Han oplyser, at eksempelvis skedekatar

²⁰ Fibromer i underlivet forekommer hos 50% af kvinder i klimakteriet (Justesen m.fl., 2001), og forskere mener, at årsagen til udviklingen af fibromer skal findes i generne (Stanway, 2004).

²¹ Den brøkdelen af befolkningen, der har lidelsen på et givet tidspunkt.

²² [www.irf.dk / Publikationer / Rationel Farmakoterapi / Årgange / 2001 / Behandling af bakteriel vaginose i almen praksis](http://www.irf.dk/Publikationer/RationelFarmakoterapi/Årgange/2001/Behandlingafbakterielvaginoseialmenpraksis)

ikke nødvendigvis skyldes smitte, men nærmere at kvinden har mange forskellige partnere og er meget seksuelt aktiv, mens cervicitter kan være seksuelt smitsomme.

Svamp i skeden er en af de mest almindelig infektioner, der findes. Mere end halvdelen af den kvindelige befolkning vil højst sandsynligt opleve at få svamp i skeden en gang i deres liv og en mindre del vil opleve tilbagevendende infektioner. De hyppigste symptomer er svie, brænden, smerter ved samleje, kløe og udflåd. Svamp kan relativt nemt behandles og nogle gange helt forsvinde af sig selv; ved tilbagevendende infektioner, kan det være vanskeligt at komme helt til livs. Svamp i skeden kan opleves særdeles ubehagelig, men er oftest ufarlig (Sand, 2007).

Sygeplejersken fra Bispebjerg Hospital taler også om ubalancer i skeden, der kan udvikle sig til en candidiasis²⁴, som er en behandlingskrævende svampeinfektion. Hun er dog usikker på hvad disse ubalancer skyldes og tilkendegiver, at de på VIP-klinikken ikke koncentrerer sig så meget om hvordan ubalancen eller infektionen er opstået, men mere om at behandle den.

Oline oplever, at hun ikke kan tåle glidecreme. Hun mener den er årsag til, at hun har udviklet svamp i underlivet. Kompetencecenterets medarbejdere har ligeledes oplevelsen af, at kvinderne ind imellem kan få svamp der skyldes intolerance over for såvel kondomer som glidecreme.

De interviewede kvinder har alle oplevelser med svampeinfektioner i underlivet. Karin mener, at det skyldes kondomerne. Hun benytter yoghurttabletter til at forebygge infektioner ved at bevare pH-balancen i skeden. Caroline lider af svamp ca. hver 3. måned og bliver behandlet hos lægen. Hun mener, det skyldes, at hun er allergisk over for både glidecremen og kondomerne. Hun bruger ikke glidecreme længere, men erstatter det med spyt. Victoria har på nuværende tidspunkt ingen problemer. Hun har dog tidligere lidt af svamp, som hun mener opstod, fordi hun vaskede sig for meget med parfumeret sæbe. Hun bruger nu uparfumeret intimsæbe og er kommet problemet til livs.

Julie fik svamp ca. en gang hvert halve år. Hun mener, det skyldes kondomerne – særligt et bestemt mærke fremprovokerede svamp hos hende. Louise fik svamp ca. en gang om året. Hun har haft det siden hun var 15 år og mener ikke, det har noget med prostitutionen at gøre.

Ovenstående tegner et billede af, at et stort forbrug af kondomer og/eller glidecreme samt parfumeret sæbe kan medvirke til at forstyrre pH-balancen i skeden. Fem af de seks interviewede kvinder har oplevet at få svamp pga. allergi eller overfølsomhed over for kondomer eller glidecreme. En kvinde lider af svamp, men mener ikke, at det har noget med hendes prostitution at gøre, da hun havde de samme symptomer, før hun begyndte at prostituere sig. Fire af de fem kvinder, som lider af svamp, har selv fundet en løsning på problemet. Men, som det fremgår af næste afsnit, kan forekomsten af

²² Cervicit er betændelse i livmoderhalsen.

²³ Bakteriel vaginose er en skedekatar, som kan forårsages af at kvinderne er meget seksuelt aktive.

²⁴ En svampeinfektion i skeden, der er forårsaget af gærsvampen candida.

udflåd og svamp have andre årsager end et stort forbrug af kondomer, glidecreme eller megen seksuel aktivitet.

Prostitutionsrelaterede gener og smerter

Gener og smerter er det område af fysiske skader, der drejer sig om fysiske klager og symptomer, som ikke kan betegnes eller diagnosticeres som en decideret sygdom.

Gynækologiske gener og smerter

Underlivsgener i form af kløe, udflåd, hudløshed, irritation og smerter ved samleje nævnes ofte som risici ved prostitution, dog uden at der kan henvises til offentliggjorte undersøgelser. De opsøgende medarbejdere fra Kompetencecenteret fortæller, at kvinderne lider af meget udflåd, lugtgener, småirritationer, kløe og svie samt smerter i underlivet og oppustede maver, hvilket stemmer overens med, hvad de kvinder, vi har talt med, oplever.

Ømhed, lugtgener, irritation eller smerter i underlivet er kendte fænomener hos de kvinder, der har mange kunder om dagen. Det er gener, der ved prostitutionsophør, pauser eller perioder med færre samlejer fortager sig eller helt forsvinder. For nogles vedkommende varer det et par timer. Louise taler om oppustet underliv:

”Nej, altså, hvis jeg har mange kunder på en vagt, kan jeg føle mig oppustet i underlivet, det er ikke smerter som sådan, det er det ikke (...) Det forsvinder en time efter jeg er kommet hjem eller sådan et eller andet. Ja, det er ikke noget nej”.

To kvinder taler om træthed i underlivet. Victoria fortæller:

”Du bruger dit underliv så meget og det gør du jo, når du laver dansk massage, så bruger du dit underliv hele tiden. Det er klart, det er belastende og det er da hårdt (...)”.

Caroline udtrykker, at hun efter 17 kunder kan opleve at hun bliver træt i underlivet og lidt øm, men hun sammenligner det med en lang løbetur, hvor man også bliver øm i kroppen. Victoria, der yder blandet SM og blide ydelser, fortæller, at hun er gået over til at yde halvt af hvert, fordi hun ikke fysisk kan klare de blide ydelser:

”Jeg kan ikke holde til at lave dansk med 7-8 mænd dagligt, hvis jeg arbejder 5 gange om ugen (...) du får smerter af det (...) og det giver noget ømhed og irritation”.

Oline har lidt af smerter, kløe og lugtgener. Der kan være en vis usikkerhed omkring årsagen til Olines smerter, som kunne hænge sammen med de komplicerede og muligvis arvelige underlivsproblemer, hun har. Lugtgenerne kom mest i forbindelse med svamp, som hun i perioder havde mere eller mindre konstant. Oline har efter et besøg

fra Kompetencecenteret fået råd om nogle forskellige produkter fra apoteket, som kan hjælpe med at bevare pH-balancen. Siden da har hun ikke mærket noget til generne.

Caroline har også haft problemer med irriterede slimhinder og lugtgener fra skeden. Hun mener det skyldes glidecremen, men er usikker på, om kondomerne også kan have en vis indflydelse. Selvom hun har været i behandling med et svampemiddel, gik der et godt stykke tid før der var balance i systemet igen.

På det foreliggende er det vanskeligt at sige, om kvinder i prostitution lider af flere gynækologiske gener og smerter end almenbefolkningen, og om disse smerter kan relateres til prostitutionen. Sygeplejersken fra Pro Sentret i Norge mener at kvindernes bekymringer om bl.a. udflåd kan have andre årsager:

”De bliver bekymrede, hvis der sker et eller andet med udflåd, f.eks. Mange har ikke så gode kundskaber i forhold til krop og anatomi, at de forstår de forskellige variationer i udflåd. At det hænger sammen med menstruation, og at der naturligt kommer mere udflåd før, under og efter menstruation. At udflåd kan forandre sig, når de møder en ny partner. At de kan få svampeinfektioner, når de møder faste partnere for første gang”.

Louise har et eksempel på denne teori:

”Jeg kan være 100% sikker på, at få det [svamp], hvis jeg har en kæreste og vi går i seng sammen uden kondom. Ny sæd, der kan jeg være sikker på, at så får jeg det – indtil jeg har vænnet mig til hans sæd”.

Forekomst af udflåd og svamp kan således have andre årsager end et stort forbrug af kondomer, glidecreme eller megen seksuel aktivitet.

Samlet set kan prostitutionsrelaterede gener og smerter strække sig fra træthed i underlivet og lugtgener til deciderede smerter i underlivet. Generne kan skyldes forskellige faktorer som relaterer sig til prostitution (ikke-publiceret miniundersøgelse i Rasmussen, 2007). Der findes også andre årsager til gener og ubalancer, hvorfor det er en tilstand mange kvinder indimellem oplever (Munasinghe m.fl., 2007). Kvinderne oplever graden af generne meget forskelligt, ligesom årsagerne også er alt fra 'mange kunder' til svampelignede gener og lugtgener fra kondomer og glidecreme. De fire kvinder med flest gener har stort set formået at forebygge og behandle deres symptomer, så deres gener ikke kommer til at bebyrde dem i deres hverdag. De sidste to havde ingen nævneværdige gener.

Smerter som følge af prostitutionsrelateret slid

I Danmark har over en million mennesker problemer med rygsmerter. Ledende overlæge Claus Manniche mener, at smerterne oftest skyldes en blanding af fysiske, psykiske, sociale og kulturelle faktorer. Stress og utilfredshed med jobbet kan udløse rygsmerterne, men selve årsagen er ofte svær at finde, idet stress varierer fra person til person. Risikoen for at få dårlig ryg kan øges ved tunge løft, dårlige arbejdsstillinger,

svage muskler i ryggen, dårlig kondition, fedme, rygning samt psykiske og sociale faktorer²⁵. Et dansk studie peger på smerter i ryg og albuer som følge af slid, som et prostitutionsrelateret problem (Friis Jensen, 1997). Dette studie har haft et andet sigte og konklusionen er foretaget på baggrund af enkelte sagsbehandlers oplevelser. Studiet har været årsag til at slid og prostitution fejlagtigt er kædet sammen i dansk prostitutionslitteratur.

Tre af de interviewede kvinder har erfaringer med smerter og overbelastning. Karin på 62 år oplever ømme muskler i arme, ben og nakke, som hun mener stammer fra de underlige stillinger, hun er placeret i, når hun skal give fransk og dansk. Hun forklarer, at hun har smerter i hoften som stammer fra stillingerne og at smerterne er tæt på at være kroniske. Victoria mener, at fordi halvdelen af hendes kunder modtager SM-ydelser og hun derfor ikke dyrker sex med dem, overbelaster hun sine arme og albuer ved at give dem svensk. Hun ved godt, at hun burde holde sig i ro, men kan ikke overholde det:

”Mine fødder er skadet og det er simpelthen af at gå i høje hæle. Jeg har ondt, decideret ondt (...) Men jeg kommer nogle gange op i nogle meget, meget høje støvler og det er simpelthen en arbejdsskade, fordi det er mange gange om ugen, jeg har stiletter på og i flere timer ad gangen”.

Julie, som har konstante smerter og har fået konstateret slidgigt to steder i ryggen, fortæller:

”Ja, der er den med ryggen – altså det er jo gentagne stød. Jeg havde egentlig ikke tænkt over det, før xx sagde: ’Jamen, det er sgu da klart, at du er nedslidt i ryggen. Du har fået de stød hver dag i så mange år’. Jeg siger: ’Nå ja, det har jeg ikke lige selv tænkt på’”.

Et nederlandsk studie indikerer, at prostituerede har højere signifikans på parameteren rygsmerter, sammenlignet med en kontrolgruppe (Vanwesenbeeck, 1994). Kompetencecenterets medarbejdere taler om slitage i knæ, tennisalbuer samt EGA (ensidigt gentaget arbejde), som de indimellem hører om hos kvinderne.

Samlet set viser det sig, at to af de interviewede kvinder oplever muskelsmerter og problemer med deres albuer, mens én kvinde har kroniske rygproblemer. Kvinden med problemer i albuerne mener, at smerterne hovedsageligt skyldes SM-ydelser, og dermed ikke de såkaldt blide former. De sidste tre interviewede kvinder har ingen klager over slid eller overbelastning.

Smerter i albuer og overbelastede muskler kan der findes logiske forklaringer på. De kan være relaterede til forskellige belastende bevægelser og stillinger i selve prostitutionsakten – som kvinderne selv er inde på. På den anden side er rygproblemer generelt meget udbredte i Danmark og kan, som overfor beskrevet, være opstået på bag-

²⁵ [www.patientvejledningen.dk / vejledning / bevaegeapparatet / rygsmerter og rygtraening](http://www.patientvejledningen.dk/vejledning/bevaegeapparatet/rygsmerter_og_rygtraening)

grund af et samspil mellem flere faktorer. Der kan derfor sættes spørgsmålstegn ved, om de alene kan tilskrives prostitutionen.

Psykosomatiske symptomer

Psykosomatiske symptomer og lidelser er generelt et overset område i prostitutionsforskningen både i Danmark og udlandet.

Et enkelt nederlandsk studie har interesseret sig for psykosomatiske symptomer som mavepine, rygmerter, hovedpine og hyperventilation. Undersøgelsen viser, at kvinder i prostitution sammenlignet med almenbefolkningen, har flere psykosomatiske klager, særligt ved parametre som søvnløshed, mavepine og hovedpine er der høj signifikans, mens rygmerter er signifikant sammenlignet med almenbefolkningen. Undersøgelsen viser desuden, at psykosomatiske problemer forekommer lidt oftere hos prostituerede end fysiske prostitutionsrelaterede klager (Vanwesenbeeck, 1994). Det stemmer til en vis grad overens med de oplevelser Kompetencecenter Prostitution fortæller om. De møder kvinder, der netop lider af ondt i ryggen, mavepine, hovedpine og smerter i led.

Psykosomatiske symptomer eller lidelser kan forklares ud fra denne medicinske definition:

”Patienter, der lider under medicinsk uforklarede eller funktionelle fysiske symptomer, i daglig tale kaldet funktionelle lidelser. Disse lidelser kan beskrives som tilstande, hvor patienten oplever fysiske symptomer, som ikke umiddelbart kan forklares ud fra almindeligt kendte veldefinerede somatiske lidelser, dvs. ud fra de fysiske sygdomme vi kender i dag”²⁶.

I 2007 skrev Pro Sentret i Norge i sin årsrapport, at de ligesom i 2006 oplevede store udfordringer med prostituerede som har psykiske problemer, der kommer til udtryk ved fysiske symptomer. Oline fortæller:

”Jeg tror ... i branchen har alle problemer med maven af den ene eller den anden art. Det kan jo sikkert godt være stresset over ... ja, altså. Jeg går jo også nogen gange på arbejde af tvang, hvis økonomien har ramt bunden (...) Man kan få stress, og man har vagter, hvor man har pisse ondt i maven over, at der ikke kommer kunder og hvordan skal jeg nu få det hele til at hænge sammen”.

Julie, som har kroniske smerter i ryggen, fortæller:

”Ja, jeg fik det på et tidspunkt, hvor jeg både arbejdede kort som massøse, men hvor jeg også arbejdede på en fabrik. Der dukkede der pludselig sådan en smerte op i ryggen og jeg tænkte: Jjeg la-vede jo ikke noget. Jeg stod bare og passede nogle maskiner. Det

²⁶ www.sundhed.dk

var simpelthen psykosomatisk stress, så jeg fik nogle nervepiller og så forsvandt det”.

Julie forklarer symptomerne med for meget arbejde, stor gæld og problemer i privatlivet. Hun fortæller også, at hun lider af stresshovedpine, der udvikler sig til migræne, som hun må behandles for. Hun mener, det kommer af spændinger i nakken. Hun forstår ikke selv hvorfor hun får stress, for hun har ikke noget arbejde. En kvinde forklarer, at hun oplever stress i forbindelse med besøg fra Told og skat, og to kvinder oplever ingen psykosomatiske symptomer.

Sygeplejersken fra Pro Sentret i Norge oplyser, at de mest almindelige psykosomatiske symptomer, som de ser hos de prostituerede, er muskel- og skeletproblemer, forstoppelse og søvnbesvær. Han fortæller samtidig, at det kræver tæt opfølgning over en længere periode, at komme problemerne til livs. I opfølgningen skal der sættes fokus på kvindernes følelser, livshistorie og oplevelse af kontrol over eget liv.

Resultaterne fra det nederlandske studie og fagpersonernes oplevelser peger begge på, at der er en sammenhæng mellem prostitution og psykosomatiske symptomer. I det nederlandske studie blev der fundet høj signifikans mellem mavepine og prostitution, hvilket også påpeges af flere af de fagpersoner, vi har talt med. Også en af de kvinder, vi har talt med, nævner maveproblemer, bl.a. som et symptom på stress. Rygsmerter er i vores projekt behandlet under slid og overbelastning, men noget kunne tyde på, at det lige så vel kunne høre under psykosomatiske symptomer.

Søvnbesvær og ledsmerter nævnes ikke af de interviewede kvinder, men både Kompetencecenteret og sygeplejersken fra Norge har erfaringer, der tyder på en sammenhæng. Overordnet har det nederlandske studie fundet høj signifikans på at psykosomatiske symptomer kan kædes sammen med prostitution.

Helbred generelt

Litteraturgennemgangen giver ikke et entydigt svar på, hvordan de generelle helbredsforhold er for kvinder i prostitution. En dansk undersøgelse peger på, at socialt udsatte har dårligere helbredsforhold end befolkningen generelt (Rådet for Socialt Udsatte, 2007), men det er vanskeligt entydigt at overføre disse forhold til prostitutionsfeltet. Alt i alt er det på det foreliggende ikke muligt at hævde, at prostitution fører til generelle helbredsmæssige problemer, eller at danske prostituerede på massageklinikker har et dårligere helbred end befolkningen generelt.

I den udstrækning prostituerede oplever helbredsmæssige problemer, er det sandsynligt at det lige så godt kan henføres til deres livsforhold i øvrigt og ikke til prostitution. Det er derfor vigtigt at understrege, at relationen mellem sundhed, sygdom og prostitution er særdeles kompleks, men at årsagssammenhænge mellem et generelt dårligt helbred og selve prostitutionsakten ikke er undersøgt tidligere og heller ikke kan påvises i denne undersøgelse. Der synes dog at være en tendens i vores undersøgelse, der indikerer at kvinderne i prostitution alle lider af forskellige forbigående og kroniske

lidelser, som ikke umiddelbart kan relateres til selve prostitutionsakten. Forklaringen på disse lidelser og en del tidligere arbejdsskader kan ses som et udtryk for at massageklinikprostituerede gennemsnitligt lever mere usundt end almenbefolkningen, dvs. har en mere udsat livsstil med et dårligere helbred til følge.

Kompetencecenter Prostitution hører jævnligt at kvinderne lider af rygproblemer og ledsmerter. Men da der ikke spørges målrettet ind til kvindernes generelle helbredsproblemer, hverken fra Kompetencecenter Prostitution eller VIP's side, er det vanskeligt at sige noget om omfang og årsag. Vi har spurgt de seks kvinder, vi har interviewet, om deres generelle helbredssituation – de lidelser der ikke umiddelbart relateres til prostitutionen. Julie har været deprimeret i længere perioder, særligt når hun holder pause med prostitutionen. Karin har en arbejdsskade med 50% funktionsnedsættelse i armen fra et tidligere job, hun har forhøjet blodtryk, lider af tilbagevendende depressioner, er meget træt og føler sig stresset pga. en syg ægte mand. Viktoria lider af allergi og astma. Caroline har en dårlig ryg, som stammer fra et tidligere fysisk krævende job. Hun har desuden astma og slemme migræneanfald hver 4. måned. Louise har en diskosprolaps i ryggen fra et tidligere fysisk krævende arbejde. Hun får desuden psykiske reaktioner, som depression og rastløshed, når hun holder pause fra prostitution. Oline har en arbejdsskade i armen fra et tidligere job, hun lider desuden af mavesår og depressioner.

Samlet set har fire ud af de seks interviewede kvinder alvorlige arbejdsskader fra tidligere jobs; fire lider af depressioner; to har astma. Desuden nævnes sygdomme som forhøjet blodtryk, stress, træthed og mavesår.

Når der overordnet skal tegnes et billede af fysiske skader og risici som følge af prostitution, kan det være frugtbart at tage kvindernes generelle sundhedstilstand med i betragtning. Man kunne spørge sig om kvinderne enten er særligt udsatte mht. at pådrage sig arbejdsrelaterede skader, fordi deres sundhedstilstand sandsynligvis er dårligere end almenbefolkningens, eller om kvinderne pga. deres lave uddannelsesniveau har haft fysisk krævende jobs med ringe arbejdsforhold. To af de fire kvinder med arbejdsskader fra tidligere jobs, har haft fysisk krævende arbejde, da de pådrog sig en ikke prostitutionsrelateret arbejdsskade. To kvinder havde ikke fysisk krævende jobs.

Derudover har kvinderne alle en del almene lidelser og flere psykiske problemer. Her kan igen stilles spørgsmål til om disse problemer kan relateres til prostitutionen eller om der findes andre – mere komplicerede – årsager. Det har ikke været inden for denne delundersøgelses ramme at undersøge, men det er en gennemgående problematik som flere undersøgelser har sat spørgsmålstegn ved (Vanwesenbeeck, 1994; Ward & Day, 2006).

Sammenfatning på helbredsmæssige risici

Det er en generel opfattelse, at der er knyttet fysiske risici til prostitution. En nærmere litteraturgennemgang har imidlertid problematiseret denne tese. Én af svaghederne ved de undersøgelser, der er foretaget på området, er, at der ikke skelnes mellem de forskellige prostitutionsformer. Kvinder, der prostituerer sig for at finansiere et stofmisbrug, har særlige problemer og skiller sig ud fra klinikprostituerede i forhold til sundhedsmæssige risici. Også udenlandske kvinder og prostituerede, der tilbyder SM, formodes at have andre risici end danske kvinder, der tilbyder de såkaldte 'blide ydelser'. Når disse grupper ikke kan skilles ud fra resultaterne af undersøgelserne, giver det en usikkerhed af resultaterne. Resultaterne er derfor også vanskelige at anvende i forhold til enkeltgrupper. Derudover kan det være vanskeligt at bestemme årsagen til en given fysisk lidelse. Helbredsforhold er komplekse og for en række af lidelserne er det vanskeligt at afgøre kausaliteter. Ud over genetisk disposition spiller en række sociale parametre ind. Socialarbejderes erfaringer med, at prostituerede har en række sygdomme, kan derfor ikke stå alene, men må holdes op mod befolkningens generelle helbredsforhold og den enkeltes specifikke betingelser.

Socialt udsatte har generelt dårligere helbredsforhold

Socialt udsatte har dårligere helbredsforhold end befolkningen generelt. Denne gruppe rapporterer i højere grad om symptomer, gener og langvarig sygdom: psykiske og somatiske lidelser samt sygdomme i bevægeapparatet. Nogle af de faktorer der påvirker de udsatte gruppers helbredsforhold negativt, er uddannelsesbaggrund, uhensigtsmæssig livsstil og svage sociale relationer.

Det er ikke muligt at overføre viden om sociale udsatte gruppers helbredsforhold til danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinik. Der er til gengæld en række indikatorer som lavt uddannelsesniveau og social isolation, der peger hen imod, at prostituerede kan have dårligere helbred end befolkningen generelt. Det er på denne baggrund nærliggende at antage, at kvinder, uafhængigt af at de prostituer sig, kan have dårligere helbredsforhold end befolkningen generelt, og at nogle af de fysiske skadevirkninger, som tidligere er antaget at stamme fra prostitution, lige så vel kan være udtryk for en socialt udsat gruppes øgede sygdomstendens.

Kondombrug er meget udbredt på de danske massageklinikker

Kondombrug er den vigtigste beskyttelse, hvis man vil undgå smitte med veneriske sygdomme. Oplysningen om kondombrug og anden prostitutionssikker adfærd sker dels via andre prostituerede, dels via Kompetencecenter Prostitution og andre social- og sundhedsmæssige tiltag. Kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker, benytter overvejende kondom, når de sælger samleje og analsex, ligesom det oftest benyttes,

når der ydes oralsex. Kvinderne oplever sjældent, at kondomet brister, og ingen af de kvinder, vi har interviewet, har oplevet smitte med seksuelt overførte sygdomme ved kondombrist.

Kvinder i prostitution benytter sundhedsvæsenet – men fortæller sjældent lægen, at de prostituerer sig

Undersøgelsen peger på, at kvinder i prostitution generelt benytter sig af det almene sundhedsvæsen, når de er syge. Både generelt og i forhold til prostitutionsrelaterede sygdomme. Angst for stigmatisering afholder imidlertid mange fra at fortælle lægen om prostitutionen. Det er vanskeligt at afgøre, hvilken helbredsmæssig betydning denne hemmeligholdelse får for den enkelte. Men det er relevant at opstille en hypotese om, at lægens manglende kendskab til kvindernes sygehistorie kan vanskeliggøre fastsættelse af diagnose, forebyggelse og optimal behandling.

I den forbindelse er det vigtigt at fastholde, at også lægen bærer et medansvar for, at alle forhold omkring sygdomstilstanden afdækkes. Det må formodes, at kvindernes praktiserende læger ind i mellem har undret sig over de tilbagevendende underlivssygdomme og ønsker om test, men har undladt at spørge ind til årsagen. Hvis dette er tilfældet, medvirker lægen til at cementere prostitution som et tabubelagt forhold.

Kønssygdomme er ikke specielt udbredt blandt prostituerede

Prostituerede smittes ikke umiddelbart med flere kønssygdomme end resten af befolkningen. Hvis de smittes, ser det ud til, at det fortrinsvis sker i forbindelse med deres private sexliv. De prostituerede bruger kondomer og/eller glidecreme samt parfumeret intimsæbe, der kan forstyrre pH-balancen i skeden, og derved øge risikoen for at udvikle svamp i skeden eller få forskellige bakterielle infektioner. Sygdommene, som er forholdsvis almindelige blandt kvinder generelt, kan være særdeles ubehagelige, men er oftest ufarlige, hvis de behandles korrekt.

Sammenhængen mellem underlivssygdomme (cyster, fibromer, underlivsbetændelse) og prostitutionsaktivitet er meget kompleks. Uanset at socialarbejdere såvel som sundhedspersonale inden for prostitutionsfeltet sjældent oplever at kvinderne lider af deciderede underlivssygdomme, kan det hverken påvises eller afvises, at der er en sammenhæng mellem sygdom og prostitutionsadfærd. En afdækning af hvorvidt der er en årsagssammenhæng mellem prostitution, som den foregår på de danske massageklinikker, og mere alvorlige underlivssygdomme, vil bl.a. kræve dybdegående lægeundersøgelser og ligger uden for denne undersøgelses rammer.

Prostituerede lider hyppigt af underlivsgener

Nogle prostituerede oplever underlivsgener, som strækker sig lige fra træthed i underlivet og lugtgener til deciderede smerter. Om prostituerede lider af det i højere grad end kvinder generelt, er uafklaret, men det tyder på, at kvinderne har tendens til, at mærke

deres underliv mere i kraft af deres høje seksuelle aktivitet. Flere af de kvinder, vi har interviewet, sammenligner trætheden i underlivet med ømme muskler efter en lang løbetur. De kvinder i prostitution, vi har talt med i forbindelse med undersøgelsen, har alle oplevet generne i én eller anden form; men de har stort set formået at forebygge og behandle deres symptomer, således at deres gener ikke kommer til at bebyrde dem i deres hverdag.

Prostitution giver begrænsede slidskader

Rygsmarter er et generelt helbredsproblem i Danmark og kan skyldes en blanding af fysiske, psykiske, sociale og kulturelle faktorer. Stress kan blandt andet være en udløsende faktor, men det er ofte vanskeligt at finde en forklaring. Det er sandsynligt, at belastende stillinger og bevægelser i prostitutionsakten kan give smerter og overbelastede muskler. Men der kan også argumenteres for, at udvikling af rygsmarter skyldes stress og andre psykiske og sociale faktorer, som kan forbindes med prostitution. Det kan ikke afvises, at prostitution kan give slidskader, men det ligger uden for denne undersøgelses rammer, at påvise en evt. sammenhæng og kortlægge lidelsernes udbredelse.

Sammenhæng mellem prostitution og psykosomatiske lidelser

Der findes begrænset viden om sammenhængen mellem prostitution og psykosomatiske symptomer og lidelser som mavepine, rygsmarter, søvnbesvær og hovedpine. Vores undersøgelse peger imidlertid på, at der er en sammenhæng. Det er dog ikke muligt at afgøre om de psykosomatiske lidelser skyldes selve prostitutionsakten eller i højere grad skal tilskrives andre forhold som den samfundsmæssige stigmatisering, der er forbundet med prostitution, eller f.eks. den enkeltes økonomiske eller personlige problemer.

Vi ved meget lidt om de prostitueredes generelle helbredsforhold

Der er begrænset, dokumenteret viden om prostitueredes generelle helbredsforhold. I den udstrækning, prostituerede har helbredsforhold, kan det sandsynligvis lige så vel skyldes deres livsforhold i øvrigt og ikke prostitutionen. Mange prostituerede har ingen eller en kort uddannelse og kan have haft belastende arbejdsforhold, som har indvirket på deres helbred.

Denne undersøgelse peger samlet på, at forholdet mellem prostitution og fysiske risici er særdeles komplekst. Og vi mangler megen viden på området. Men når det er sagt, peger undersøgelsen *ikke* på, at selve prostitutionsakten i nævneværdig grad er forbundet med særlige fysiske, helbredsforhold. På den anden side er prostituerede ofte i en udsat social position, der kan betyde generelt forringede somatiske helbredsforhold og udvikling af psykosomatiske lidelser. De helbredsforhold, der er forbundet med prostitution, kan derfor primært forklares med den sociale og kulturelle

kontekst, som prostitution er en del, og i langt mindre grad selve prostitutionsakten. Hvad angår de forskellige smerter og gener i underlivet, som ofte forbindes med prostitution, er der behov for en undersøgelse, der påviser om disse symptomer forekommer hyppigere hos kvinder der prostituerer sig, end hos kvinder i almenbefolkningen.

De danske kvinder, som denne undersøgelse beskæftiger sig med, har en lav risikoadfærd og benytter sig af de generelle sundhedstilbud. Det er derfor vigtigt at pointere at det relativt positive billede af de prostitueredes helbredsforhold, som denne undersøgelse giver, ikke dækker hele prostitutionsfeltet, og ikke kan overføres til eksempelvis gade prostituerede.

Sociale og psykiske risici

Fra litteraturen

Vi har gennemgået fem danske og seks udenlandske undersøgelser (to nederlandske, to engelske, en fra New Zealand og en fra Canada). Disse undersøgelser berører psykiske og sociale skadevirkninger af prostitution. Vi har desuden interviewet opsøgende, sociale medarbejdere fra Kompetencecenter Prostitution om deres oplevelser af de prostitueredes problemstillinger. De gennemgåede undersøgelser har overordnet haft til formål at kortlægge:

- Prostitutionens former, omfang og geografiske spredning
- Prostitutionens konsekvenser
- Hvilke faktorer, der spiller ind ved valget af et liv i prostitution
- Behovet for en permanent social og sundhedsmæssig indsats
- Nuancerne i prostitutionsverdenen

Undersøgelsen af psykiske og sociale problemstillinger ved prostitution har således ofte været delelementer i undersøgelser, der også handlede om andre emner i forbindelse med prostitution. Samtidig er gennemgangen af litteraturen alene baseret på selvstændige undersøgelser, hvor det har været muligt at identificere formål og metode og vurdere undersøgelsesernes grad af pålidelighed (validitet).

Både de danske og de udenlandske undersøgelser er primært valide på det kvalitative område. Der er således foretaget kvalitative interview af mindre grupper, som forskeren har haft kontakt med i forvejen. I de større kvalitative undersøgelser er interviewpersonerne fundet via socialt opsøgende medarbejdere eller andre, der har haft berøring med tilbud til prostituerede. Det har dog også været muligt at få interviewpersoner til at henvende sig via opslag og annoncer. Det betyder alt i alt, at det er selekterede grupper, der er undersøgt. Og det kan vise sig at resultaterne ikke kan generaliseres.

Resultater, der har gyldighed for danske klinikprostituerede kvinder, er vanskelige at isolere i undersøgelse. Ofte dækker 'prostituerede' i en undersøgelse over både mandlige, kvindelige, stofmisbrugende og massageklinikprostituerede. Undersøgelsesrespondenter har således oplevet problemer i forbindelse med prostitution som meget forskellige. En del undersøgelser forsøger at generalisere problemstillingerne, ved at de kvalitative data er blevet kvantificeret. Det giver metodiske problemer, bl.a. fordi de kvalitative data er indsamlet under forskellige former og med forskellige målgrupper. Rent kvantitative randomiserede undersøgelser er stort set fraværende.

En mere valid og repræsentativ viden om prostitueredes psykiske og sociale skadevirkninger vil kræve en kvantitativ undersøgelse, selvom det kan være vanskeligt at få målgruppen i tale på grund af undersøgelsesområdets karakter.

Det er imidlertid meget væsentligt at anerkende, at de kvalitative undersøgelsesresultater alligevel har værdi. De indeholder erfaringer og oplevelser, som en del prostituerede rent faktisk har. Om disse beretninger er dækkende for en større eller mindre del af den samlede målgruppe, mangler som sagt at blive undersøgt.

På baggrund af litteraturgennemgangen og interviewene med de opsøgende medarbejdere i Kompetencecenter Prostitution beskrives de *psykiske problemer* i forbindelse med prostitution primært med: grænseoverskridelser fra kunder, følelsen af tab af kontrol, dobbeltliv, oplevelse af stigmatisering, lavt selvværd, skadet egen seksualitet, sammenblanding af prostitutionsliv og kærlighedsliv, fortrængning af kunder og prostitutionsakten, oplevelsen af ubehag ved normal fysisk kontakt med andre mennesker, overdreven renlighed i forsøg på at vaske prostitutionen af sig, samt følelsen af manglende anerkendelse og af at blive overset i samfundet.

Boyle m.fl. (1997) viser i en undersøgelse, at de prostituerede, der har deltaget, generelt set ligner et hvilket som helst andet udsnit af befolkningen. For de respondenter, der lider under forskellige former for psykologiske problemstillinger, er der tale om et samspil mellem en række forskellige faktorer. De *sociale problemer* tilskrives primært dobbeltliv, vægring ved at indgå i parforhold på grund af angst for at blive opdaget eller udnyttet, oplevelse af stigmatisering, vanskeligheder med at forklare 'hullerne' i CV'et ved ansøgning om normalt arbejde samt angsten for at møde kunder i det sociale rum. Ofte foregår de sociale relationer hovedsagelig i subkulturer.

I de udenlandske undersøgelser findes generelt set de samme tendenser som i de danske. I begge er der – på trods af forskellige metodevalg – generelt set tale om de samme resultater. Det gælder også for de psykiske og sociale problemstillinger, der er beskrevet af medarbejderne i Kompetencecenter Prostitution.

Benoit og Millar (2001) konkluderer, at en flere prostituerede har oplevet en del psykiske problemer end ikke-prostituerede. De prostituerede der indgår i undersøgelsen peger imidlertid selv på, at det er sociale forhold, der spiller en væsentlig rolle for de psykiske problemer.

PTSD

Det sker, at prostitution og PTSD (post traumatic stress disorder) kobles sammen. Blandt andet anfører nogle psykologer, at symptomer og reaktionsmønstre efter prostitution ligner PTSD. I litteraturgennemgangen har vi derfor valgt at afdække dette udsagn nærmere.

PTSD er en diagnose, der er beskrevet i ICD10- systemet, et internationalt diagnose-system, der anvendes af psykiatere til at stille psykiatriske diagnoser. Det er med andre ord en diagnose der stilles af læger. Når PTSD omtales i relation til prostituerede, er kilden de undersøgelser, der er gennemført af Farley og Keany (1997), der har udar-

bejdet undersøgelser, hvor socialt opsøgende medarbejdere er blevet udstyret med spørgeskemaer, som de har udfyldt sammen med prostituerede. Ud fra besvarelserne af spørgeskemaerne har Farley og Keany så stillet diagnosen PTSD. Undersøgelserne drejer sig tilsyneladende primært om gadeprostituerede. Ud over at der kan sættes spørgsmålstegn ved diagnostiseringsmetoden, kan undersøgelsen ikke overføres til danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker. Det er ikke lykket at finde andre undersøgelser, der har fokus på at afdække om prostituerede i højere grad end andre lider af PTSD. Der er med andre ord ikke dokumentation for at prostituerede generelt set lider af PTSD.

Prostituerede er lige så forskellige som andre mennesker, og vi formoder, at følgevirkningerne af prostitution i form af psykiske og sociale problemer er lige så forskellige. Prostituerede kan ikke standardiseres. De psykiske og sociale problemer hænger ofte sammen på den måde, at psykiske problemer kan være årsag til sociale problemer – eller omvendt. På baggrund af litteraturgennemgangen om dokumentation af de sociale og psykiske risici, der er forbundet med at prostituere sig, har vi valgt de hyppigst nævnte temaer, der gennemgås i det følgende.

Stigmatisering og dobbeltliv

I litteraturen fremhæves stigmatisering som det centrale *sociale* problem ved at være prostitueret. Det kan medføre at mange lever et dobbeltliv, isolerer sig og at de har få venner uden for prostitutionsverdenen. Uanset hvilken ideologisk indfaldsvinkel de forskellige undersøgelser har – om de er imod prostitution eller arbejder ud fra en anerkendelse af prostitution som erhverv – peger de alle på en generel angst for at andre kommer til at kende til prostitutionen. Selvom prostitution er et fænomen, der forekommer som en almindelig del af samfundet og til en vis grad accepteres, er det ikke acceptabelt at være prostitueret – på det individuelle plan. Den enkelte er bange for at blive set ned på, blive offer for fordomme, myter og moraliseringen.

For at undgå stigmatiseringen holder kvinderne prostitutionen skjult for omverdenen. Det kan de f.eks. gøre ved at bruge forskellige pseudonymer. De skaber på den måde en alternativ identitet til deres egen. Derudover opfinder de forskellige alternativer, når de skal fortælle, hvad de beskæftiger sig med. I stedet for at være prostitueret, arbejder de f.eks. som tjener på et værtshus. Jo flere sociale sammenhænge de indgår i, desto større er risikoen for, at de er nødt til at konstruere endnu flere fortællinger. Men de løber hele tiden en risiko for at møde personer, der kender til deres identitet som prostituerede. Den risiko er reelt til stede i alle sociale sammenhænge. En del prostituerer sig ikke i deres eget lokalsamfund netop for at undgå at blive genkendt. Dette nævnes også af bl.a. Sanders (2005) som en af de forsvarsstrategier prostituerede bruger.

En del skjuler prostitutionen for deres nærmeste familie og venner – ikke nødvendigvis for den prostitueredes egen skyld, det handler nemlig også om at beskytte deres familie, børn og eventuelle samlevende/partnere. Angsten for at blive stemplet som prostitueret, rækker med andre ord ud over den enkelte og omfatter også deres nærmeste.

Bjørnholk (1994) påpeger at 49% af kvinderne angiver at de lider under dobbeltliv, social isolation og mangel på venner uden for prostitutionsmiljøet. Mange prostituerer sig langt fra hjemmet og fører 'dobbelt bogholderi' i familiære og venskabelige sammenhænge. Derudover nævnes den samfundsmæssige stigmatisering. Det beskrives som en stor belastning at skjule prostitution for omgivelserne og det kan have den konsekvens at familie og venner vælges fra.

I Skilbreis undersøgelse (1998) er der hos de prostituerede en klar holdning til, at det de selv foretager sig på massageklinikkerne, ikke er prostitution i gængs forstand. Kvinderne ser ikke sig selv som prostituerede, og har et nedsættende syn på kvinder der prostituerer sig. De holder deres egen prostitution uden for privatlivets sfære, dvs. at de stigmatiserer andre prostituerede og samtidig lever et dobbeltliv for at beskytte sig mod stigmatisering.

McVerry og Lindop (2005) vurderer, at den primære problemstilling for kvinderne er at blive afsløret som prostituerede af deres netværk. Det påvirker dem psykisk. Det bekræftes hos Sanders (2005), hvor en del af de prostituerede forsøger at beskytte sig mod stigmatisering ved at holde prostitutionen skjult. Flere holder prostitutionen skjult for deres partnere og børn. Og prostitutionen får dem til at opleve skyld over for partneren og opleve sig som utro.

”Dobbeltlivet er det værste ved prostitutionen, vurderer Louise. Når hun ikke vælger at være åben, skyldes det, at hun ved, at mange ville være fuldstændig uforstående over for hendes valg. Selv mener hun ikke, at hun på nogen måde tager skade på hverken sjæl eller krop” (Kompetencecenter Prostitution, 2008)

Vanwesenbeeck (1994) vurderer ud fra sin undersøgelse, at stigmatisering først og fremmest er problematisk for de mest resurssvage, dvs. personer, der har været udsat for overgreb før og under prostitutionen eller har andre vanskelige problemstillinger. Medarbejderne fra Kompetencecenter Prostitution genkender problemerne med de prostitueredes dobbeltliv og isolation. Ved at fortælle kærester/partnere om prostitutionen, kan kvinderne løbe en risiko for at blive afsløret, f.eks. kan de være bange for at en partner vil bruge prostitutionen imod dem i en konfliktsituation. Alligevel er der ikke mange af kvinderne der sætter spørgsmålstegn ved, om de bør fortælle, at de prostituerer sig. Kæresten/partneren har krav på at vide det, fordi det er en del af deres liv.

En del indgår i parforhold af særlig karakterer. Der er eksempler på kvinder i forhold med kriminelle eller personer med voldelige tendenser. Derudover er det medarbejderens opfattelse, at en del prostituerede føler sig overset i samfundet og ikke oplever at deres ønsker høres og anerkendes. De er angste for at blive krænket i det offentlige system og benytter sig ikke af den hjælp de evt. kan få.

Der er ingen tvivl om, at oplevelsen af stigma er et meget stort problem for kvinderne i prostitution, og ikke mindst det dobbeltliv, som de dermed tvinges til at leve, hvis de vil accepteres i samfundet som ligeværdige. Spørgsmålet er om tolerancen over for kvinder i prostitution kan ændre sig, hvis de formår at få ændret deres image og fremstå som selvstændige, stærke individer, der tager ansvar for deres liv og familie – og der-

med ikke kun forbindes med at være resurcesvage, socialt belastede og isolerede. (Kampen for at ændre de prostitueredes image støttes af de prostitueredes organisation SIO og Seksualpolitisk Forum.)

Spørgsmålet er imidlertid hvilke problemer stigmatiseringen giver prostituerede efter at de har forladt prostitution, dvs. om stigmatiseringen kan overkommes med tiden, eller om den fortsat vil være et problem for dem mange år efter. Stigmatiseringens fastholdende faktorer diskuteres i kapitlet der starter side 60.

Nære relationer

I litteraturen kan findes en del generelle beskrivelser af, hvordan prostitutionslivet påvirker den prostitueredes nære relationer, f.eks. til børn, familie og evt. partnere. Oplevelsen af at være stigmatiseret kan – som tidligere omtalt – i sig selv påvirke ens selv-værd i forhold til både nære relationer og i forhold til omverdenen. Man ønsker ikke at udsætte sine børn og familie for omverdenens stigma. Og når kvinderne oplever manglende anerkendelse fra omverdenen, kan det være svært for dem, at tro på anerkendelse fra deres nære relationer.

Der findes ikke generel, dokumenteret viden om hvorvidt prostituerede oplever anerkendelse i nære relationer. Men ifølge de opsøgende medarbejdere i Kompetencecenter Prostitution er det især nødvendigt for prostituerede at få anerkendelse fra samlever, familie og prostitutionsmiljøet (subkulturer). Det kan skyldes at det er meget vanskeligt at få anerkendelse i det, Honneth (2005) benævner den *solidariske sfære* i omverdenen, bl.a. på grund af omverdenens stigmatisering af prostituerede.

Kvindernes nære relationer til en partner

Ifølge Kompetencecenteret adskiller de fleste kvinder den form for sex, de har med kunderne, fra den, de har privat, ved at have forskellige grænser, f.eks. at man ikke vil kysse kunden – som beskyttelse mod at involvere sig i kunden og i det seksuelle samvær. Men der er også eksempler på kvinder der indimellem lader sig involvere, f.eks. ved at få orgasme med kunderne. Mange prostituerede er åbne om deres prostitution over for deres partner, men det kan give følelsesmæssige problemer:

”I dag kan jeg udmærket se det problematiske. Tænk at ens mand kan køre en på arbejde på en massageklinik. Jeg vil med det samme tænke: Elsker han mig virkelig, når han vil dele mig med andre?” (Kompetencecenter Prostitution, 2008)

Andre vælger det faste forhold fra. I filmen 'Ingen må vi det' fortæller Louise, at hun er bevidst om, at hun gennem arbejdet som prostitueret afskærer sig fra et liv i et fast parforhold, som hun egentlig gerne vil have. Hun ser i hvert fald en fast kæreste uforenelig med arbejdet som prostitueret. Hun har aldrig fundet en kæreste blandt sine kunder.

Hun betragter det egentlig ikke som umuligt, men det kan ikke lade sig gøre at have jobbet og kæresten på én gang.

I forhold til de sociale skadevirkninger af prostitution, fokuserer McVerry og Lindop (2005) på adskillelsen mellem privatliv og prostitution. Kvinderne forsøger at adskille de to sfærer og er bange for at blive afsløret som prostituerede og dermed udsat for stigmatisering. Det belaster kvinderne psykisk, men det er det sociale element i form af stigmatisering, der er den udløsende faktor.

Kvinders relationer til det offentlige rum

Med udgangspunkt i Honnets (2005) tredje sfære, *den solidariske sfære*, der kræver anerkendelse af den enkeltes egenskaber som betingelse for følelsen af selvværd, er det forudsigeligt, at mange prostituerede føler sig krænket i det offentlige rum. Deres individuelt valgte livsveje tillægges ikke værdi, og mange lever derfor et dobbeltliv.

Bjørnholk (1994) nævner, at 49% føler sig socialt isoleret og mangler venner uden for prostitutionsmiljøet. Bertelsen og Ussing Bømler (2004) vurderer, at dobbeltlivet er grunden til, at de færreste prostituerede oplever at indgå i gode følelsesmæssige relationer med familie, venner og lokalsamfundet. Alzaga (2007) påpeger, at de prostitueredes stærke sociale relationer på klinikken kan opleves som en trussel mod deres sociale relationer uden for. Spørgsmålet om, hvorvidt dette skyldes samfundets stigmatisering, eller at kvinderne reelt føler sig bedre tilpas og forstået blandt ligesindede, besvares dog ikke i hendes undersøgelse.

Kompetencecenter Prostitution har kontakt med en del prostituerede, der har svært ved at begå sig socialt i det omgivende samfund. Netop i prostitutionsmiljøet oplever de en form for accept, og at de mestrer de sociale relationer, der er der, mens de uden for denne ramme kan have vanskeligheder ved at begå sig, f.eks. på en almindelig arbejdsplads. En del af de kvinder Kompetencecenter Prostitution har kontakt med, har samtidig vanskeligheder ved at have venindeforhold med kvinder i eller uden for prostitution.

Nogle kvinder anstrenger sig meget for at undgå at blive involveret i kunderne, f.eks. er de ikke i stand til at huske kundernes ansigter bagefter. Det betyder at de ikke ved, hvornår de møder en kunde i det sociale rum, og det kan være angstprovokerende. De opsøgende medarbejdere giver en del eksempler på kvinder, der oplever angstanfald, der måske hænger sammen med angsten for at blive opdaget som prostitueret. Der er eksempler på kvinder, der oplever, at folk kan 'se' at de prostituerer sig: At de går rundt med en stregkode i panden!

Der er næppe tvivl om, at problemerne med nære relationer – både de personlige, følelsesmæssige og sociale – hænger sammen med den lave prestige prostitution har. Selvom den enkelte prostituerede oplever prostitutionen som et respektabelt arbejde, kolliderer det f.eks. med normen for, hvordan et parforhold skal forløbe. Når man vælger at prostituere sig i Danmark, hvor prostitution defineres som et socialt problem forbundet med stigma, kan det indebære, at sociale og psykiske omkostninger bliver et

vilkår for den enkelte. Men der er ingen tvivl om, at omkostningerne opleves meget forskelligt af kvinderne, og at oplevelsen afhænger af deres baggrund og resurser (jf. Coping-strategier side 56).

Grænsesætning

I forbindelse med *kunderelationen* beskrives det jævnligt i litteraturen, at de fleste kvinder gang på gang føler sig tvunget til at overskride deres egne grænser i et prostitutionsforløb, samt at dette er forbundet med store skadevirkninger. En tidligere prostitueret fortæller hvordan hendes grænser skred i prostitutionsrelationen:

”Jeg var ikke sådan en prostitueret, der kyssede mine kunder, i hvert fald ikke i starten. De måtte heller ikke tage mig på brysterne, i hvert fald ikke i starten. Jeg simulerede samleje, for jeg skulle ikke have en pik op i mig. Men det kom den jo også lige pludselig. Fransk eller græsk, det skulle jeg i hvert fald ikke. Men lige pludselig, så var jeg også til at yde græsk. Hele tiden blev tolerancen udvidet mere og mere (...) Jeg var fuldstændig magtesløs til sidst, helt ude at skide. Hvis jeg ville tjene nogle penge, så blev det på kundens præmisser. Så det blev også til sidst uden gumi. Og både fransk, spansk, græsk, italiensk og hvad fanden de alle sammen hed.” (Baun & Venø Jakobsen, 2008)

En del kvinder i prostitution sætter grænser for, hvor de vil og ikke vil berøres, f.eks. vil mange ikke kysse på munden, mens andre sætter grænser for, hvilke seksuelle ydelser de vil give. Nogle sætter grænser for hvilke typer mænd (f.eks. i form af etnicitet) de vil sælge sex til.

”Når man er prostitueret rykkes ens grænser hele tiden. Jeg har set så mange grimme ting. Jeg er blevet truet og har skullet gøre ting, som jeg hadede og frygtede. Du drømmer ikke om, hvor syg og ulykkelig, man kan være indeni.” (Kompetencecenter Prostitution, 2008)

I litteraturen kobles presset på de prostitueredes grænser ofte til kvindernes stigende behov for at tjene penge. På grund af behovet for penge, vil kvindernes grænser ofte flytte sig, alt efter kundernes behov og lyster, dvs. ved stor efterspørgsel efter specifikke ydelser, eller ydelser, der giver mange penge. Det konkluderes på denne baggrund, at kunden er den styrende i prostitutionsrelationen, og at det faktum, at kvinderne gang på gang overskrider deres grænser, er én af skadevirkningerne ved prostitution (Barlach, 2004; Christensen & Barlach, 2004; Bjørnholt, 1994).

En del af litteraturen kobler nogle kvinders manglende evne til grænsesætning til tidlige grænsekrænkelser (bl.a. Høigård & Finstad, 1987; van Deurs Henriksen & Springborg, 1988; Månsson & Hedin, 1998; Skilbrei, 1998). Dette forklares typisk med, at tidlig krænkelser af børns grænser kan skabe psykisk 'åbenhed' for nye grænseoverskridel-

ser og således danne en psykologisk parathed for prostitution som handlemulighed. Prostitutionen kan dermed afspejle et ønske om at opleve kontrol over seksuelle situationer, som i barndommen var præget af afmagt. Det er dog vigtigt at understrege, at der ikke findes danske undersøgelser af prostitueredes individuelle opvækstvilkår, ligesom en klar sammenhæng mellem tidlige grænsekrænkelser og prostitution ikke er dokumenteret (Rasmussen, 2007:46ff). I forlængelse af denne teoretiske diskussion er det vigtigt at understrege, at undersøgelsesgrupperne ikke nødvendigvis er repræsentative. Dermed er det heller ikke dokumenteret, at et flertal af de prostituerede har haft en vanskelig opvækst.

At kvindernes grænser presses i prostitutionsrelationen, ligger i forlængelse af, hvad medarbejderne i Kompetencecenter Prostitution har erfaret. De påpeger samstemmende, at kvindernes grænser skrider, og at det ofte skyldes pengemangel. Det kan f.eks. betyde, at kvinderne går på kompromis med hvilke kunder, de ønsker at være sammen med, hvilke ydelser de tilbyder og hvor ofte de tager vagter. Der bliver stillet spørgsmål til de grænser de selv opstiller, og de bliver kontinuerligt udsat for pres for at give slip på disse grænser. Det kan gøre det problematisk at fastholde grænserne over tid.

Samtidig er medarbejderne i Kompetencecenter Prostitution opmærksomme på, at disse grænseskred særligt gælder for kvinder med prostitution som primært eksistensgrundlag, og de mener også, at jo yngre kvinderne er når de debuterer i prostitution, jo sværere har de ved at holde fast på deres grænser. Størstedelen af litteraturen tematiserer, hvordan kvindernes grænser presses og ofte skrider i prostitutionsrelationen, hvilket ligger i forlængelse af Kompetencecenter Prostitutions erfaringer. Dette 'grænseskred' kan ses som udtryk for et stigende behov for penge.

At de personlige grænser er blevet overskredet gennem længere tid, kan ifølge Kompetencecenter Prostitution medføre, at flere prostituerede praktiserer overdreven personlig hygiejne og har en stærk oplevelse af ubehag ved lugten og ved fysisk kontakt med andre mennesker. De møder kvinder, der har vanskeligheder ved at vaske sig selv og håndtere egne berøringer, f.eks. når de tager bad. Det kan samtidig vanskeliggøre intimkontakt med kærester/partnere. Den intime kontakt med ens eget barn kan også være påvirket:

"Pludselig kunne jeg ikke tåle, at hun rørte ved mig og gav mig knus. Jeg følte mig beskidt. Hun var så ren og så dejlig, mens jeg ikke var noget som helst værd, og resultatet blev, at jeg trak mig væk fra hende, og jeg kunne ikke forklare hende hvorfor. Sådan er det heldigvis ikke længere." (Kompetence-center Prostitution, 2008)

Alzaga (2004) er kritisk over for den eksisterende litteratur. Hun efterlyser blik for de dynamikker, der opstår i prostitutionsrelationen, hvor en central del af prostitutionserfaringen består i, at kvinderne havner i situationer, hvor de *sætter grænser og får prøvet grænser af*. En eventuel udvikling i kvindens salg af ydelser behøver således ikke være en krænkelse af kvindens grænser, men kan også forstås som et led i at en kvinde te-

ster sine grænser. Alzaga plæderer således for, at kvindernes eget syn på deres praksis i højere grad inddrages i forskningen.

Generelt peger danske undersøgelser dog på, at det er meget skadeligt at få sine grænser overskredet. Det kan give psykiske problemer at få overskredet sine fysiske, følelsesmæssige og seksuelle grænser. Kvinder i prostitution fremhæver det som afgørende, at de selv kan sætte grænserne for, hvad de vil være med til. Når der slækkes på grænserne, kan det opleves som tab af kontrol. I Bjørnholks undersøgelse (1994) nævner 61%, at det at blive krænket og at få grænser overskredet kan give psykiske skadevirkninger og at grænseoverskridelsen er lettere at håndtere jo længere tid man har været i prostitution.

Hos Sanders (2005) oplever flere af de prostituerede afsky (disgust) i forbindelse med seksuelle berøringer med kunder. De sørger for at begrænse de seksuelle handlinger og Sanders peger på, at der er en række forskellige forsvarsstrategier hos kvinderne, f.eks. at de sætter grænser for berøringer og dermed undgår berøring på forskellige zoner på kroppen. Andre prostituerede oplever ingen problemer med grænsesætning. Dårlige oplevelser med kunderne bearbejdes ved bl.a. at parodiere kunderne over for de andre prostituerede (Alzaga, 2004). I filmen *Illusionen* (2008), fortæller en af kvinderne, at de kunder, der ikke kan opføre sig ordentligt eller holde aftaler, ryger ud. I Skilbreis undersøgelse (1998) er grundholdningen, at kvinderne går ind i prostitution for at tjene penge. De har selv valgt prostitution, og de oplever at pengene kompenserer for seksuelle oplevelser af ubehagelig karakter.

På baggrund af litteraturen må vi konkludere, at problemerne om grænsesætning er et individuelt betinget problem der er afhængigt af den enkeltes selvtillid, psykiske robusthed, økonomi og sociale fremtidsmuligheder.

Coping-strategier

I sammenhæng med prostitution betyder coping *den opførsel og de strategier som mennesker udvikler som svar på ydre påvirkninger i forsøget på at mestre og kontrollere den følelsesmæssige smerte, disse påvirkninger medfører*. Coping omfatter, at den prostituerede benytter en teknik til at trække sig psykisk tilbage fra den seksuelle akt og kun er til stede fysisk. Den psykiske tilbagetrækning er et værn, men kan også forårsage skader, f.eks. angst for følelsesmæssig nærhed og intimitet eller problemer med egen seksualitet (Rasmussen, 2007).

”Når de befinder sig i prostitutionsakten, er det ligesom hovedet er skruet af. De ligger og kigger op i loftet og skal huske at pruste og stønne, for at signalere til kunden, hvor dejligt det er. Samtidig ligger hun måske og løber sin indkøbsseddel igennem i hovedet” (medarbejder i Kompetencecenter Prostitution).

Også Sille oplever sin krop todelt, når hun prostituerer sig. Hun fortæller, at hals og ansigt er hendes private område. Hun rammer sit ansigt ind med hænderne og viser, hvor

kun hendes børn må kysse hende. Fra halsen og op. En del er privat, en anden del har været offentlig tilgængelig (Kompetencecenter Prostitution, 2008).

Bjørnholk (1994) beskriver fænomenet som en måde at undgå arbejdsskader på: Interviewpersonerne anvender forsvarsstrategier, hvor de under selve prostitutionsakten lukker psykisk af ved at koble hovedet fra, så kun kroppen er til stede. Andre, f.eks. Alzaga (2004), mener ikke, at det er et problem at adskille hoved og krop. Det er snarere en adskillelse mellem følelse og krop. Og kvinderne nyder oftest samværet med kunderne. Hvis de ikke gør, kan de netop objektivisere forholdet. I relation til psykiske skadevirkninger påpeger Skilbrei (1998), at kvinder på massageklinikker adskiller den form for sex, de har med kunderne, fra den form for sex, de har af egen lyst. Hun konstaterer at der sker sammenblanding, når kvinderne har en kunde, de gerne vil have sex med. Adskillelsen er ikke klar, men Skilbrei folder ikke emnet ud og gør det til et problemfelt! Samtidig peger hun på problematikker relateret til grænsesætning generelt i samfundet og særligt på prostitutionsfeltet.

Overgreb i barndommen

Ege (1997) mener, at evnen til at 'adskille hovedet fra kroppen' kan relateres til overgreb i barndommen, hvor kvinderne har gjort alt for at holde deres person adskilt fra den seksuelle handling. Det kan medføre et personlighedstræk, der betyder, at de ikke er i stand til at 'være til stede', heller ikke i privatlivet. Det kan have betydning for kvindernes sociale liv. Det er ikke dokumenteret, om problemstillingen udelukkende kan henføres til overgreb i barndommen. Flere undersøgelser nævner det som en generel forsvarsmekanisme, uden at den henføres til overgreb, f.eks. Sanders (2005). Det problematiske ved denne forsvarsmekanisme kan være, at det på sigt er vanskeligt at styre mekanismen, hvilket bl.a. kan få den betydning, at en del kvinder mister evnen til at have kontakt med deres egen seksualitet.

Med fokus på risikoen ved at prostituere sig peger Vanwesenbeeck (1994) på, at en del prostituerede har oplevet forskellige typer overgreb i barndommen eller ungdommen, nemlig den del af kvinderne, der er mest resurssvage og oplever lavt selvværd, depressioner og angst. Men der skelnes ikke mellem konsekvenserne af disse overgreb og de konsekvenser, der kan være opstået af selve prostitutionen. De forskellige prostitutionsformer er heller ikke adskilt i undersøgelsen. (Der er generelt god dokumentation for at misbrugere og prostituerede stofmisbrugere har været udsat for overgreb i barndommen (Dahl & Pedersen, 2008)).

På baggrund af empiriske undersøgelser fra Skandinavien, USA, Canada, England og Israel påviser Ege (1997), at mange seksuelt misbrugte kvinder ikke er kommet i prostitution. Men at prostitution skyldes en kombination af forskellige faktorer, der – sammen med andre uheldige variable – gør at 'valget' falder på prostitution. De danske og skandinaviske undersøgelser har dog ikke fokus på opvæksten. Ege konkluderer, at prostitution er et samfundspolitisk problem.

I nogle udenlandske undersøgelser påpeges at prostituerede, der har været udsat for overgreb i barndommen, udgør en større del af deres særlige målgruppe (O'Neill & Barberet, 2000; Skilbrei, 1998; Vanwesenbeeck, 1994). Det skal bemærkes at deres målgrupper er karakteriserede ved at være prostituerede, der er i kontakt med socialarbejdere, og som dermed har et vist behov for støtte. Men – som Skilbrei påpeger – er økonomien en væsentlig forklaring på, at de er søgt ind i prostitution, dvs. at manglende muligheder for at tjene penge på anden måde, kan være en årsag.

Sammenfatning

At 'overleve' at ens egne grænser overskrides, kræver en form for overlevelsestrategi, som mestres meget individuelt af de kvinder, der beskrives i den valgte litteratur. Det har stor betydning for den enkelte, at 'arbejdet' kan adskilles fra privatlivet for at bevare de nære relationer intakte. At prostituerede 'kun' er fysisk til stede under den seksuelle akt er en problemstilling de fleste undersøgelser kommer ind på. En del formoder, at den psykiske tilbagetrækning fra selve den seksuelle handling er et positivt værn for den prostituerede selv, mens andre mener, at tilbagetrækningen også kan forårsage varige skader i form af tab af evnen til intimitet med andre mennesker. Atter andre ser coping som en overlevelsestrategi, der er nært forbundet med de prostitueredes professionsideologi (se side 75). De ser prostitution som et erhverv på lige fod med andre og påpeger at man også i andre erhverv, f.eks. socialrådgiver, læge, politi og psykolog, kan være nødt til at skille den psykologiske involvering fra den saglige/fysiske tilstedeværelse. Det benævnes populært *at man ikke skal tage sit arbejde med hjem*.

Undersøgelsest prostituerede er ikke repræsentative, men der er ingen tvivl om, at deres problemer er reelle og at nogle har behov for støtte, hjælp og vejledning. Spørgsmålet er imidlertid, hvor stor en andel af det samlede antal prostituerede, der har disse problemer. Ingen af de anvendte undersøgelser kan dokumentere en generel sammenhæng mellem prostitution og seksuelle overgreb i barndommen.

De sociale og psykiske skader, der beskrives i forbindelse med prostitution, hænger tæt sammen, således at de både er årsag og virkning til hinanden. Prostitution er ikke alment accepteret i Danmark, og derfor er de fleste prostituerede nødt til at leve et dobbeltliv. Det medfører, at de som prostituerede altid må udgive sig for at være en anden, end de er privat i forhold til deres familie og venner. Det kan give psykiske problemer, at føle sig stigmatiseret af omgivelserne og det kan medføre social isolation, angst og en følelse af magtesløshed. Stigmatiseringen er én af forklaringerne på, at kvinder i prostitution kan have vanskeligt ved at bevare og opbygge nære relationer. Kompetencecenter Prostitution nævner dog, at en del af de kvinder, de har kontakt til, har generelle vanskeligheder ved at begå sig socialt og indgå i nære relationer. En antagelse kan være, at disse kvinder tiltrækkes af prostitutionsmiljøet, med dettes særlige rummelighed.

Prostituerede beskrevet i litteraturen har oplevet det som problematisk at opretholde deres egne grænser over for kunderne, især når de har haft økonomiske vanskelighe-

der. Dette forhold understøttes af Kompetencecenter Prostitutions erfaringer. Oplevelsen af stigmatisering, dobbeltlivet og den manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, har gjort det vanskeligt for kvinderne, at forestille sig nogen anden realistisk form for indtjening.

Generelt er det vanskeligt at afgøre om de problemer, kvinderne i prostitution oplever, er forårsaget af prostitution eller af andre forhold. En del sociale problemer kan være opstået forud for prostitution, lige som det var tilfældet med en del af de fysiske skader beskrevet tidligere.

Fastholdende faktorer

Fra litteraturen

I forsøget på at opsamle eksisterende viden om fastholdende faktorer ved massageklinikprostitution har det vist sig, at det overvejende er skandinavisk litteratur, der forholder sig til dette spørgsmål. Eksempelvis anlægger størstedelen af den angelsaksiske prostitutionsforskning en mere individorienteret tilgang, dvs. at der eksempelvis søges svar på hvilke træk ved den enkelte kvinde, der har betydning for at hun er blevet prostitueret, og hvorfor nogle kvinder bliver prostituerede og andre ikke (Farley & Keaney, 1997; Farley & Barkan, 1998; Gangoli, 2008). At netop den skandinaviske prostitutionslitteratur skiller sig ud, skal ifølge flere forskere ses i lyset af udviklingen af de nordiske velfærdsstater (Bjørnholt, 1994; Alzaga 2004).

Litteraturstudiet har vist et særdeles komplekst billede af prostitutionslivet og i særdeleshed af barriererne for at bryde med det. Eksempelvis fremgår det af flere publikationer, der konkluderer, at prostitution er forbundet med skadevirkninger, at prostitutionsmiljøet, anerkendelse og bekræftelse indgår som 'positive' fastholdende faktorer. På samme måde fremgår det af publikationer, der i deres undersøgelser har talt med kvinder, der overvejende er glade for at være i prostitution, at der også er negative fastholdende faktorer, f.eks. økonomisk uføre, hvis prostitutionen ophører.

Selv om kun få publikationer baserer sig på et tilstrækkeligt grundlag til at kunne pege på generelle tendenser i forhold til klinikprostitution, viser litteraturgennemgangen, at visse barrierer for at bryde med massageklinikprostitution er gennemgående:

- Økonomi
- Mestring af prostitutionslivet
- Stigma og dets konsekvenser
- De offentlige hjælpeinstanser
- Bekræftelse og anerkendelse
- Prostitutionsmiljøet i sig selv
- Forsvarsstrategier og professionsideologier

Temaerne vil i det følgende blive holdt sammen med de erfaringer de opsøgende medarbejdere fra Kompetencecenter Prostitution har indsamlet.

Økonomi

Samtlige publikationer peger på økonomiske forhold som en væsentlig årsag til både prostitutionsdebut og fortsat prostitution. Der er dog forskel på hvilken betydning de økonomiske forhold tillægges i litteraturen.

Massageklinikundersøgelsen (Christensen & Barlach, 2004) viste, at 13% af de adspurgte kvinder har en kort videregående uddannelse, mens kun 8% har en mellem-lang eller en lang videregående uddannelse. 95% af kvinderne er på undersøgelsestidspunktet ikke i gang med nogen uddannelse og 74% har ikke noget arbejde ved siden af prostitution. For langt de fleste informanter i massageklinikundersøgelsen gælder det således, at prostitution er deres primære indtægtskilde. 81% angiver da også pengemangel som den væsentligste årsag til deres prostitutionsdebut, ligesom pengemangel også er årsagen til at de vender tilbage til prostitution efter en eventuel pause (Christensen & Barlach, 2004: 21f). Undersøgelsen viser også en tendens til, at særligt de yngre kvinder er i prostitution længere tid end forventet:

”Kvindernes forventninger til varigheden af deres prostitution stemmer imidlertid ikke overens med, hvordan deres tilknytning til prostitution er forløbet (...) Kvinderne er i prostitution længe tid, end de på debuttidspunktet forestillede sig at ville være”
(Christensen & Barlach, 2004:26f).

I arbejdspapiret *Fortællinger om prostitution – en sociologisk analyse af tre fortællinger om livet i prostitution* konkluderes det også, at økonomi er en primær årsag til at kvinderne fastholdes og trækkes tilbage i prostitution. Det påpeges endvidere, at kvinderne opbygger et kompensatorisk forbrug, hvor de via statussymboler legitimerer prostitutionen (Barlach, 2004). Det ligger i tråd med bl.a. Månsson og Hedins forskning (1998), der undersøger kvinders vej ud af prostitution og konkluderer, at der for mange kvinder er tale om stigende afhængighed af penge, stoffer og alkohol, hvilket forhaler eller forhindrer prostitutionsophøret. De konkluderer, at langt de fleste kvinder bruger indtjeningen fra prostitution hurtigere end de tjener dem, hvilket kan være udtryk for, at de forsøger at kompensere for et manglende selvværd ved et tårnhøjt forbrug.

Skilbrei (1998) har en anden indfaldsvinkel, idet hun påpeger, at mange kvinder har dårlig økonomi, men at de langt fra alle havner i prostitution. Ifølge Skilbrei vurderer de prostituerede kvinder at prostitution er den bedste mulighed i den givne situation, bl.a. pga. branchens indtægtsmuligheder. Skilbrei er inspireret af Bourdieus analyser og begrebsapparat²⁷. Hun peger på, at de kvinder hun har mødt, i højere grad end andre kvinder har en såkaldt 'lønarbejderlivsform', der medfører, at de ikke orienterer sig mod en lang uddannelse i lige så høj grad som middelklassekvinder. Hun adskiller gruppen af prostituerede fra andre kvinder ved deres 'arbejderklassehabitus', og fremhæver hvordan det i en given situation kan gøre prostitution til et attraktivt valg for nogle kvinder. Som Skilbrei ser det, skyldes dette valg, at disse kvinder skarpt adskiller arbejde

²⁷ For uddybning, se Pierre Bourdieu: *Distinction – a Social Critique of the Judgement of Taste* (2007)

og fritid, og at de er disponeret for at bruge kroppen i arbejdet. Den vigende forekomst af orientering mod en uddannelse, der ses hos arbejderklassekvinder pga. deres habitus, forstærkes yderligere af, at der er en skævhed i rekrutteringen til uddannelsessystemet. Det er hverken køns- eller klasseneutralt:

”Når det gjelder skolesystemet, kan følgene av dette være at arbeiderklassebarns orienteringer og verdier passer dårlig med kravene de møter der. Ikke bare verdierne, men også læringens innhold og språk kommer fra middelklassen, noe som forsterker arbeiderklassebarnas avstand og fremmedgjorthet.” (Skilbrei, 1998:107)

Skilbrei mener, at den sociale ulighed produceres og reproduceres via uddannelsessystemet og konkluderer, at mens jobbet er en vigtig del af identiteten for en middelklassekvinde, er det for en arbejderklassekvinde kun en måde at skaffe penge på. Arbejderklassekvinden lægger således ikke i så høj grad vægt på indholdet af jobbet, men derimod på indtjeningsmulighederne og på indholdet af fritiden. Det gør sig også gældende at uddannelsessystemet ikke er et meritokrati, hvilket betyder, at den sociale ulighed reproduceres – derfor kan prostitution fremstå som en positiv valgmulighed for en arbejderklassekvinde (Skilbrei, 1998).

Også Alzaga (2004) påpeger, at økonomi er en vigtig årsag til prostitutionsdebut og fortsat prostitution, men hun fremhæver prostitutionens indtægtsmuligheder som positive. Modsat Skilbrei mener hun dog ikke, at kvinder i prostitution generelt kan siges at adskille sig markant fra andre kvinder. Alzaga anlægger således en mere individorienteret tilgang i sine analyser, idet hun ønsker, at undersøge det sociale liv – de tiltrækkende elementer på en massageklinik – mens Skilbrei benytter mere strukturalistiske forklaringer på hvorfor kvinder havner i prostitution. Begge ønsker de dog at forklare, at det for nogle kvinder kan være et positivt tilvalg.

De opsøgende medarbejdere i Kompetencecenter Prostitution er enige om, at økonomien er en væsentlig barriere for at bryde med prostitution. Hvordan dette kommer til udtryk, er ifølge medarbejderne forskelligt fra kvinde til kvinde, og kan variere i en kvindes prostitutionsforløb. En del af kvinderne prostituerer sig for at finansiere gæld, hvilket er en væsentlig barriere for at bryde med prostitution. Medarbejderne beskriver desuden en del af de kvinder, de er i kontakt med, som 'impulsdrevne' og 'lyststyrede', og ved at de har vanskeligt ved at styre deres økonomi, f.eks. optager en del af kvinderne nye lån, efter at de har rettet op på deres gæld, hvilket igen fastholder dem i prostitution. Kompetencecenterets medarbejdere fortæller, at en del af kvinderne bor i meget dyre lejligheder og har et stort privatforbrug, som de kan have svært ved at finansiere på anden måde end via prostitution. Det vil således have også sociale omkostninger for kvinderne at stoppe i prostitution, da de ikke vil kunne tjene så mange penge på anden vis (Kompetencecenter Prostitution, 2009).

Medarbejderne i Kompetencecenter Prostitution fremhæver desuden, at økonomien er en væsentlig årsag til at kvinderne falder tilbage i prostitution. Trods pauser på adskillige år, hvor kvinderne evt. kan have fået børn og haft arbejde, vil det altid fremstå som

en 'let' mulighed for at tjene penge. Dvs. at mange af kvinderne aldrig helt kan slippe prostitutionen pga. pengene. En opsøgende medarbejder fortæller:

”Den længste pause jeg har hørt om, er på 24 år. Det var en kvinde, hendes datter skulle giftes, og hun skulle have et godt bryllup. Og hvordan tjener man de penge, jamen det gør man ved prostitution. Og på den måde er der ALTID en rød tråd tilbage til prostitution for de her kvinder.” (Kompetencecenter Prostitution, 2009)

Fravær af alternativer

I forlængelse af kvindernes økonomiske problemer peger flere undersøgelser på, at kvinderne oplever prostitution som den eneste måde at klare disse vanskeligheder på.

Massageklinikundersøgelsen påviser at en stor del af respondenterne har løs tilknytning til arbejdsmarkedet og kun få af dem har en uddannelse. Det betyder, at kvinderne vurderer prostitution som eneste løsning på deres økonomiske problemer, ligesom 80% af respondenterne angiver økonomiske problemer som den primære årsag til tilbagefald efter en pause (Christensen & Barlach, 2004:6,28). I lighed hermed finder Månsson og Hedin (1998:164ff) i deres undersøgelse, at oplevelsen af ikke at have alternative forsørgelsesmuligheder, er den faktor, der mere end nogen anden forhindrer kvinderne i at forlade prostitutionen. En tidligere prostitueret fortæller i sin biografi, at hun forsøgte at forlade prostitution og startede sin egen butik. Den måtte dog lukke pga. økonomiske problemer, hvilket medførte at hun igen startede i prostitution, fordi hun ikke vidste, hvordan hun ellers skulle klare sine økonomiske vanskeligheder (Rasmussen, 2003:151). Sammenholdt med kvindernes relativt dårlige uddannelsesniveau og svage tilknytning til arbejdsmarkedet viser undersøgelserne, at en del af kvinderne i prostitution kan have svært ved at bide sig fast på arbejdsmarkedet og derfor mangler alternativer til prostitution.

Der gives forskellige bud på årsagerne til dette i litteraturen. Eek (2005) fortæller om kvinderne hun har mødt, at på trods af at mange af dem egentlig ønsker at forlade prostitution, opleves det ikke som muligt for de fleste, da de ikke oplever sig selv som egnede til arbejdsmarkedet. Barlach (2004) påpeger, at de kompetencer, som kvinderne erhverver sig i prostitution, ikke er konvertible til arbejdsmarkedet, hvorfor prostitution ofte bliver den erhvervshorizont kvinderne orienterer sig efter, selvom de reelt ønsker at forlade prostitutionen. En medarbejder i Kompetencecenter Prostitution formulerer kvindernes problem med at konvertere de kompetencer, det kræver at være en dygtig prostitueret til arbejdsmarkedet, således:

”De er f.eks. i stand til at kunne omstille sig hvert kvarter. Fra lillepige til sygeplejerske, de har kundetække, altså de tilpasser sig kunden, ikke – det er jo det adrenalinen kører på, det at kunne score en kunde. De er gode til at flirte, at score (...) Jamen de

har masser af kompetencer. Det er desværre bare svært at omsætte det i et CV.”

Økonomiske problemer og overvejelser er tilsyneladende en væsentlig årsag til at mange kvinder fastholdes i eller vender tilbage til prostitution. Der er dog uenighed om hvorvidt branchens indtægtsmuligheder må forstås som positive, eller om kvinderne mangler alternativer til prostitution, dvs. om de har problemer med at tage en uddannelse og bide sig fast på arbejdsmarkedet. Som økonomisk, fastholdende faktor skal også nævnes den onde cirkel der kan opstå når et højt, kompensatorisk forbrug stiller krav til den fortsatte indtjening.

Mestring af prostitutionslivet

Det er et gennemgående tema i litteraturen, at kvinderne hurtigt oplever at mestre livet i prostitution, hvilket fremhæves som en barriere for at bryde ud af prostitution. Der anlægges dog forskellige forklaringer på dette i litteraturen.

Dele af litteraturen giver beskrivelser af, at årsagen til at kvinderne så hurtigt tillærer sig 'koderne' i prostitutionsverdenen, er, at disse regler minder dem om noget de kender, dvs. at de er forbundet med kvindernes opvækst, at prostitutionsverdenen udgør en slags 'afvigerkultur', som kvinderne kender i forvejen. I Lautrups undersøgelse (2000) gør det sig gældende for kvinderne, at deres liv inden prostitutionsdebuten var præget af lavt selvværd og en følelsesmæssigt kaotisk opvækst. Flere af kvinderne bekræfter en mulig sammenhæng mellem tidligere seksuelle grænseoverskridelser og involvering i sexbranchen. En vigtig pointe i Lautrups undersøgelse er, at vejen ind i prostitution må betragtes som en proces, der er forbundet med vejen ud. Dvs. at vejen ud af prostitution og de forhold, der forhindrer eller forhæler dette, skal ses i sammenhæng med de omstændigheder, der omgærder kvindens liv i øvrigt, og som havde betydning for vejen ind i prostitution. Kvinderne fastholdes således i prostitution fordi miljøet er kendt for dem, de kender spillets regler og føler sig trygge ved miljøet.

Også Eek (2004) påpeger, at en væsentlig årsag til at en del kvinder fastholdes og falder tilbage i prostitution, er, at de hurtigt føler, at de mestrer spillets regler, hvilket mange af dem ikke føler uden for prostitutionsmiljøet. Det skyldes at de sociale koder, der kendetegner prostitutionsbranchen, er velkendte for kvinderne og minder dem om noget de kender fra tidligere.

Denne pointe går igen flere steder i litteraturen, hvor der påpeges en samvariation mellem opvækstvilkår, følelsen af succes i prostitution og følelsen af fiasko uden for prostitution (Høigård & Finstad, 1987; Barlach, 2004). Dette ligger i forlængelse af Kompetencecenter Prostitutions erfaringer:

”Tilbagefald skyldes tit at de simpelthen ikke kan finde ud af de sociale koder uden for prostitution. Nettomanden der smiler – flirter han med mig? De kan ikke holde ud at være i det offentlige rum, og så bliver de endnu mere isolerede end de var før (...)

Prostitutionsverdenens regler er lettere end det at tilegne sig nye regler.”

”Jamen man kan sige det så let – i prostitutionsverdenen kender de færdselsreglerne. Og dem har de rigtig svært ved at finde ud af uden for.” (Kompetencecenter Prostitution)

Alzaga (2004) påpeger, at kvinderne hun har mødt, oplever sig selv som styrende i prostitutionsrelationen og som dygtige 'piger' (prostituerede). Hun anlægger dog en anden vinkel end det ses i den øvrige litteratur, idet hun påpeger, at følelsen af succes i prostitution ikke nødvendigvis relaterer sig til kvindernes barndom eller oplevelser tidligere i kvindernes liv. Alzaga finder 'pigerne' handlekraftige, entreprenante og med stor indflydelse på prostitutionsspillet. Hun kritiserer den eksisterende forskning for at efterlade kvinderne som værgeløse ofre – på trods af at en del af de prostituerede ser sig selv anderledes. Alzaga finder, at kvinderne mestrer prostitutionsrelationen hurtigt, hvilket giver dem en følelse af succes og selvtillid – men at dette ikke skal forstås som en direkte konsekvens af tidlige grænsekrænkelser eller andre oplevelser tidligere i kvindernes liv. Hun påpeger dog, at følelsen af at mestre livet i prostitution, for nogle kvinder medvirker til at skabe orden i et ellers kaotisk liv.

Det er vanskeligt at afgøre, om forklaringen på, at kvinderne mestrer prostitutionslivet, skal findes i deres barndom eller tidligere liv. På den ene side kan det diskuteres om undersøgelserne er generaliserbare, idet de indeholder relativt få respondenter (Lautrups undersøgelse omfatter 3 kvinder, Alzagas 7²⁸). På den anden side indeholder langt de fleste en relativt klar problemorienteret holdning til prostitution.

Stigma og dets konsekvenser

Mange steder i litteraturen fremgår det, at stigmatisering er et problem for kvinder i prostitution, hvad enten de er gade- eller klinikprostituerede. Ifølge SIO er stigmatiseringen det største problem ved prostitution. I en undersøgelse fra 2006, som Vilstrup har gennemført for Politiken (I: Funch Christensen, 2008:21), fremgår det, at 80% af respondenterne kender til de skadevirkninger, der er forbundet med prostitution. Alligevel mener 54% af de adspurgte, at prostitution er en okay del af samfundet.

Ifølge Järvinen skyldes det, at de prostituerede er tabere i samfundets dobbeltmoraliske holdning til prostitution. På trods af, at det er 'normalt' at gå til prostituerede, er de prostituerede en stærkt stigmatiseret gruppe:

*”Prostitutionen er normal, men de prostituerede er unormale.”
(Järvinen, 1991:21)*

Netop denne dobbeltmoral forsøger SIO at gøre op med, ved at kæmpe for prostitueredes rettigheder og anerkendelse. SIO påpeger, at hvis en kvinde fortæller, at hun er

²⁸ Alzaga vurderer selv i sit speciale, at undersøgelsen er generaliserbar, idet en del af kvinderne har erfaringer fra andre klinikker, der minder om de erfaringer, de får på ”Klinik X”, hvorfra Alzaga har sine observationer.

sygeplejerske, så vurderes hele hendes personlighed ikke ud fra dette, idet sygeplejerske blot er hendes job. Hvis hun derimod fortæller, at hun arbejder som prostitueret, så vurderes hele hendes personlighed ud fra dette job, f.eks. hendes evner som mor, kæreste og datter, og *prostitueret* bliver dermed kvindens primære statusræk. Dette ligger i tråd med Goffmans teori om *stigma*, beskrevet som en dybt miskrediteret eller nedvurderet egenskab. At få et stigma kan være medvirkende til at kategorisere individet på en sådan måde, at hele dets personlighed vurderes på denne baggrund.

Ifølge SIO er det tilfældet for kvinder i prostitution at de er udsatte for et stigma, hvorfor mange af disse kvinder føler sig nødsaget til at hemmeligholde deres beskæftigelse.

Dobbeltliv

Mange kvinder i prostitution reagerer på den stigmatisering, der er forbundet med prostitution, ved at hemmeligholde denne. Det er gennemgående i litteraturen (Månsson & Hedin, 1998; Høigård & Finstad, 1987; Barlach, 2004; Christensen & Barlach, 2004), at det er psykisk belastende for kvinderne at leve et dobbeltliv. Derfor 'vælger' en del kvinder gradvis at mindske eller slutte kontakten med den del af deres omgangskreds, der ikke er en del af prostitutionsmiljøet, af angst for at blive opdaget. Ud fra Beckers teori (2005) kan mange kvinder i prostitution derfor betegnes som *hemmelige afvigere*, idet deres adfærd er defineret som afvigende af det omgivende samfund. Men da ingen opdager kvindernes afvigende adfærd, bliver kvinderne ikke stemplet som afvigere. Så uanset at kvinderne ikke nødvendigvis selv betragter deres adfærd (prostitution) som forkert eller afvigende, forsøger de at hemmeligholde den for at undgå stigmatisering fra det omgivende samfund.

Den opfattelse ligger i forlængelse af Alzagas undersøgelse (2004). Hun påpeger, at det stigma, der påføres de prostituerede, er samfundsskabt, og at stigmaet er det primære problem for kvinder i prostitution – ikke selve prostitutionsrelationen. Stigma skal forstås som et relationelt begreb, idet det ikke er iboende i individet, men kun optræder i relationer mellem mennesker. Dvs. at et menneske kun påtvinges et stigma, når andre mennesker definerer deres fremtoning eller adfærd som afvigende (Goffman 1975:14ff). Det ligger i forlængelse af opfattelsen i SIO og Seksualpolitisk Forum, som ser prostitution som noget normalt, der udelukkende er forbundet med problemer, fordi nogle mennesker – men ikke de prostituerede selv – reproducerer myter, om at det er skadeligt at prostituere sig, at det er nogle 'særlige' kvinder der prostituerer sig, at prostituerede har været udsat for overgreb osv. Disse myter påtvinger de prostituerede et stigma, som er det skadelige – ikke prostitutionen i sig selv. Maria, som er medlem af SIO, kan slet ikke identificere sig med den offerrolle, hun føler de prostituerede tillægges:

"Jeg kan slet, slet ikke identificere mig med den offergørelse, der konstant er fremme i medierne – det er sgu mere den og kriminaliseringen vi i branchen frygter – ikke kunderne. Altså når du siger at du er sexarbejder, så er du jo nærmest både incestoffer og

til stoffer og alt muligt – jeg er ingen af delene.” (Baun & Jakobsen, 2008:47)

Maria er stået offentligt frem og har fortalt at hun er prostitueret, hvilket har haft store konsekvenser for hende. Hendes naboer vil ikke længere hilse på hende, og der blev hængt løbesedler op i hendes opgang med stærkt nedsættende ord om hende. Marias historie er således et eksempel på årsagerne til at mange prostituerede vælger at leve et dobbeltliv – hendes historie viser, at på trods af at det også er hårdt at leve et dobbeltliv som prostitueret, ja så er det altså også meget hårdt at stå frem og vedkende sig at man arbejder som prostitueret, da stigmatiseringen af kvinder i prostitution er enormt stor.

Der påpeges dog også andre årsager til hemmeligholdelsen end angst for den offentlige stigmatisering. En del af litteraturen påpeger, at kvindernes behov for at leve et dobbeltliv skyldes væmmelse ved deres praksis, dvs. et behov for at adskille prostitutionsliv og privatliv (Eek, 2005; Barlach, 2004; Månsson & Hedin, 1998). I forlængelse af denne opfattelse er en del tidligere prostituerede nu stået frem og har fortalt, at de hemmeligholdt deres prostitution og kaldte sig andre navne, netop for at kunne holde deres prostitutionsliv ud (Rasmussen, 2003; Poulsen, 2006). Disse kvinder fortæller om store skadevirkninger forbundet med et liv i prostitution, samvariation mellem socialt belastet opvækst og prostitution – og ofte også tidlige grænsekrænkelser og prostitution. På trods af, at disse kvinder også fortæller at stigmatisering af prostituerede var et stort problem for dem, da de var i prostitution, er de nu også med til at reproducere den dominerende opfattelse af prostituerede som 'ofre', dvs. at et prostitutionsliv er forbundet med skadevirkninger.

Uanset hvor stor en del af kvindernes livsverden prostitution fylder, kommer det til at fremstå som det primære statustræk, som kvindens personlighed vurderes ud fra. For de kvinder, der vælger at hemmeligholde deres beskæftigelse, betyder det at involveringen i prostitutionsmiljøet bliver høj, da deres sociale relationer ændres. De kvinder, der vælger at stå frem, bliver betragtet som generelt afvigende. Det er væsentligt at påpege, at idet individet får påtvunget et stigma, vil det ofte internalisere omgivelsernes opfattelse af dem som afvigere, hvilket kan være et skridt på vejen mod en afvigerkarriere, dvs. et stabilt mønster af *afvigende adfærd* – i dette tilfælde prostitution. Det vil sige, at det, der for en del kvinder startede som en akut og tilfældig løsning på økonomiske problemer, kan udvikle sig til afvigende adfærd i et stabilt mønster – og det påtvungne stigma kan virke fastholdende i denne proces, fordi de øger deres grad af involvering i prostitutionsmiljøet og internaliserer omverdenens syn på dem som afvigere, pga. stigmatiseringen, hvilket gør det sværere og sværere for dem at forlade prostitution.

Ændring i sociale relationer

Ifølge Goffman er en mulig reaktion på et påtvunget stigma, at de stigmatiserede slutter sig sammen i grupper med andre, der er udsat for samme stigma som de selv (Goffman, 1975). Som det er påpeget tidligere, reagerer en del prostituerede på stigmatiseringen ved at mindske kontakten til den del af deres omgangskreds, der ikke er del af prostitutionsmiljøet, da de oplever, at det er for psykisk belastende at skjule deres prostitution. Det betyder, at deres grad af involvering i prostitutionsmiljøet øges, fordi de så at sige udskifter deres omgangskreds – fra relationer der ikke har forbindelse med prostitution, til stort set kun at have kontakter i prostitutionsmiljøet, for en stor dels vedkommende (Rasmussen, 2007; Skilbrei, 1998). Denne udvikling skyldes i høj grad den stigmatisering, der er forbundet med at være prostitueret. Problemet for en del kvinder er, at det bliver en fastholdende faktor for dem, idet vejen ud af prostitution bliver tunge, fordi de mister deres netværk i prostitutionsmiljøet. Med baggrund i deres udforskning af prostitutionsfastholdende faktorer, påpeger Månsson og Hedin (1998), at manglende relationer uden for prostitutionen synes at fungere som en barriere for at forlade prostitution. Det kommer til udtryk ved, at de, der har dobbelt-netværk, tilsyneladende har gjort brug af deres relationer uden for prostitutionsmiljøet i bruddet, og i højere grad er lykkedes hermed.

Det fremgår af litteraturen, at involveringsgraden i prostitutionsmiljøet ofte stiger i et prostitutionsforløb. Ud over stigmatiseringen af branchen fremgår det også, at nogle kvinder ændrer syn på deres praksis i løbet af et prostitutionsforløb, dvs. at de, fra i starten at finde prostitutionsrelationen spændende og attraktiv, hen ad vejen ændrer syn på kunderne, miljøet og sig selv – de kan blive flove over deres beskæftigelse og kan føle at de ikke har styr på deres prostitutionsforløb, men de magter ikke at ændre på situationen. Det er gennemgående i litteraturen, at kvinderne i starten oplever anerkendelse, glæde og spænding – og ikke mindst nyder de mange penge som prostitution giver dem, men at denne følelse for mange af kvinderne ikke varer ved (Månsson & Hedin, 1998; Barlach, 2004; Høigård & Finstad, 1987; Bjørnholt, 1994; Rasmussen, 2003). Månsson og Hedin påpeger, at for en del kvinder har *følelsen af frihed udviklet sig til en følelse af ufrihed*. Mange faktorer spiller ind i dette forløb – netop alle de fastholdende faktorer. Men det er gennemgående i litteraturen, at involveringsgraden i prostitutionsmiljøet, der følger af stigmatiseringen af prostituerede, spiller en væsentlig rolle. Parallelt med denne involveringsgrad oplever en del prostituerede, at primært afhængigheden af penge betyder at prostitutionslivet udvikler sig i negativ retning, hvilket lægger pres på kvindernes grænser. De fastholdes derved i prostitution trods en egentlig væmmelse ved denne.

Litteraturen giver således et billede af, at kvinder i prostitution kan føle sig presset til at leve et dobbeltliv, men der anlægges forskellige perspektiver på hvorfor, og det er forskelligt hvad der fokuseres på. På den ene side lever en del af de prostituerede et dobbeltliv af angst for samfundets stigmatisering – på trods af at nogle af dem ikke selv

anser deres prostitution for problematisk. De finder det nødvendigt at skjule deres prostitution af frygt for samfundets offergørelse og det negative syn på prostituerede. På den anden side er en grund til, at kvinderne skjuler deres prostitution, at de reelt har det dårligt med at de prostituerer sig, og at de forsøger at lægge afstand mellem prostitutions- og privatliv. Uanset kvindernes eget syn på deres praksis betyder samfundets definition af prostitution som afvigende, at kvinderne har valget mellem den *hemmelige* eller den *synlige* afvigelse (Becker, 2005).

De offentlige hjælpeinstanser

Med skiftende regeringers definition af prostitution som et socialt problem, har der i mange år været foretaget en social indsats rettet mod prostituerede kvinder, bl.a. med det formål, at hjælpe kvinderne til prostitutionsophør (f.eks. Rederne og PRO-Vest).

I *Daphne-syndromet* undersøger Bjørnholk (1994) netop dette. Hun konkluderer, at en stor del af de prostituerede udtrykker stor skepsis, når det drejer sig om at få hjælp til at komme ud af prostitution. Nogle finder, at hjælpeinstanser har en vis værdi, men at hjælpen er målrettet andre end dem selv. Andre kvinder oplever, at *man kun har sig selv at forlade sig på, når det kommer til stykket*. Af massageklinikundersøgelsen (Christensen & Barlach, 2004:6) fremgår det også, at kvinderne ikke oplever det sociale system som en hjælpeinstans, tværtimod. Af frygt for eksempelvis at miste deres børn eller udsætte sig for økonomiske sanktioner, hvis deres afvigelse bliver kendt, fortæller mange af kvinderne ikke deres sagsbehandler, at de prostituerer sig. Som en social- og sundhedsfremmende indsats peger kvinderne på anonym rådgivning på massageklinikkerne. Også Lautrup (2000) fremhæver, at dobbeltlivet og hemmeligholdelse af prostitutionen medfører, at det er svært at søge hjælp i systemet.

Desuden fremgår det af litteraturen, at en del af respondenterne ikke anmelder kunder for eventuelle aftalebrud (Christensen & Barlach, 2004; Baun & Jakobsen, 2008; Høigård & Finstad, 1987). Det skyldes at en del kvinder ikke har tillid til at politiet vil hjælpe dem – en del kvinder fortæller, at politiet efter deres mening betragter vold og overgreb som en almindelig risiko for prostituerede (Baun & Jakobsen 2008:46ff). På den måde oplever nogle kvinder, at politiet kan være med til at fastholde dem i en afmagtsposition.

Samlet set kan kvindernes manglende tillid til de offentlige hjælpesystemer medvirke til, at de ikke får den hjælp til prostitutionsophør, som de har behov for, og dermed kan de offentlige systemer utilsigtet virke som en fastholdende faktor.

I Honneths optik (jf. side 14) kan man sige, at en del prostituerede har en subjektiv oplevelse af at være blevet krænket i mødet med systemet. Disse krænkelser betyder, at en del kvinder ikke længere opsøger hjælp – hverken i forbindelse med et eventuelt ønske om prostitutionsophør, eller i forbindelse med eventuelle aftalebrud fra kunders side. For andre kvinders vedkommende kan angst for at blive krænket også være medvirkende årsag til, at de ikke opsøger de sociale hjælpeinstanser. Politiet, socialrådgivere og socialarbejdere kan således øge afstanden til kvinderne og dermed forha-

le eller forhindre vejen ud af prostitution – via kvindernes subjektive krænkelsererfaringer eller angst for krænkelser.

Et andet forhold, der utilsigtet kan fastholde kvinderne i prostitution, er lovgivningen på området, der ikke sidestiller prostitution med andre erhverv. Prostituerede er skattepligtige som andre, men tilbydes ikke samme retlige muligheder som andre arbejdstagere, f.eks. orlovsydelse, pension, og sygedagpenge. Bømler, der er sociolog, mener at lovgivningen giver udtryk for en slags gråzone, idet den prostituerede pålægges at betale skat af sin indkomst, men ingen ret har til for eksempel orlovsydelse eller efterløn. Med Honneths teori i baghovedet er disse manglende rettigheder udtryk for krænkelser i den retlige sfære, hvilket kan have konsekvenser for kvindernes muligheder for at udvikle en vellykket identitet. Bømler (2007) påpeger i et debatindlæg at:

”Praktikere, forskere og de prostituerede selv [påpeger], at lovgivningen både er dobbeltmoralisk, konflikterende og præget af paradokser. Det er ikke kriminelt at være prostitueret, men det er heller ikke et lovligt erhverv.” (Bømler, 2007)

Disse manglende rettigheder kan blive en fastholdende faktor, idet kvinderne kan blive nødt til at prostituere sig, dvs. gå på 'arbejde', selv om de f.eks. er syge. Medarbejderne i Kompetencecenter Prostitution fortæller, at dette er et problem for en del af de kvinder, de er i kontakt med.

Bekræftelse og anerkendelse

Et af de gennemgående temaer, der kredses om i litteraturen, er den ambivalens, som kvinderne beskriver prostitutionsrelationen med. Stort set samtlige publikationer beskriver, at på trods af kvindernes ønske om at forlade prostitution, tiltrækkes de samtidig af bekræftelsen, anerkendelsen og følelsen af magt over kunderne. Dette dilemma forhindrer eller forhæler vejen ud af prostitution for rigtig mange kvinder. Det fremgår – ved nærlæsning af litteraturen og de udtalelser en del af kvinderne kommer med – at visse elementer af prostitutionslivet virker tiltrækkende på dem.

Massageklinikundersøgelsen viste, at 80% af de adspurgte angiver økonomiske årsager til deres prostitutionsdebut. De 20% der ikke angav økonomiske årsager, henviser til spændingen og bekræftelsen som de primære årsager. Men på trods af at de fleste kvinder angiver økonomi som den primære årsag til prostitutionsdebut, fortæller flere kvinder, at de er fascinerede af branchen, at det giver dem selvtillid at føle at de styrer akten og er 'gode ludere'. Desuden viser flere undersøgelser, at de kvinder der fortæller at de startede i prostitution pga. økonomiske vanskeligheder, faktisk havde et fuldtidsjob ved deres prostitutionsdebut (Alzaga, 2004; Baun & Jakobsen, 2008). Desuden betyder det danske velfærdssamfund at prostitution på klinik, for de fleste kvinder, ikke er et spørgsmål om økonomisk overlevelse, men mere er udtryk for en gruppes relative fattigdom.

Selvtillid i miljøet

En stor del af litteraturen påpeger, at en af årsagerne til fastholdelse og tilbagefald i prostitution er at prostitutionsrelationen giver kvinderne anerkendelse og selvtillid, hvilket en del af kvinderne savner uden for prostitutionsmiljøet (Månsson & Hedin, 1998; Barlach, 2004; Bjørnholk, 1994). Litteraturen viser også, at kvinderne i starten tiltrækkes af prostitutionsbranchen, kunderne, anerkendelsen og bekræftelsen, men på sigt oplever en række ulemper ved at prostituere sig. Fra at de fleste kvinder i starten af deres tid i prostitution oplever sig selv som den styrende part i prostitutionsrelationen, betoner mange kvinder, efter en årrække i prostitution, en følelse af tab af kontrol i relationen til kunden. I den fase udtrykker mange respondenter, at de ønsker at forlade prostitution. En del af dem magter det dog ikke, bl.a. fordi de har brug for anerkendelsen og bekræftelsen fra kunderne. Dette på trods af at nogle af dem udtrykker at de tager afstand fra kunderne, og at de føler at kunderne overskrider deres grænser. Denne ambivalens er meget gennemgående i litteraturen, og anerkendelsen fra kunderne er en stærk, fastholdende faktor for mange kvinder (Månsson & Hedin, 1998; Barlach, 2004; Bjørnholk, 1994).

At bekræftelsen og spændingen er fastholdende faktorer, ligger i forlængelse af Kompetencecenter Prostitution erfaringer. Medarbejderne fortæller, at mange af kvinderne oplever en følelse af succes i prostitution. Kvinderne fortæller, at de – særligt i starten – får et kick af anerkendelsen og bekræftelsen fra kunderne, og denne succes og følelse af anerkendelse har kvinderne svært ved at finde uden for prostitutionsmiljøet. Kvinderne oplever ofte nederlag hvis de forsøger at forlade branchen, f.eks. når de forsøger at skaffe et andet forsørgelsesgrundlag. De, der har uddannelse, har ifølge Kompetencecenter Prostitution svært ved at få arbejde, og en del har ikke uddannelse og har svært ved at forsørge sig på anden vis. Kvinderne oplever således, at de ikke kan erstatte deres succesfølelse med noget tilsvarende uden for prostitutionsmiljøet. I Honneths optik kan man forklare dette med individets behov for anerkendelse for at kunne udvikle en vellykket identitet. Selvom kvinderne ikke altid er lige begejstrede for kunderne, får de masser af anerkendelse fra dem, og det har et menneske brug for, for at udvikle sig – ifølge Honneth. Hvis kvinden ikke kan finde tilsvarende anerkendelse og bekræftelse andre steder, vil det ikke lykkes at forlade prostitution. Det er derfor vigtigt at skærpe blikket for, at fastholdelse i prostitution ikke udelukkende er et spørgsmål om økonomi, men at der også på det personlige plan er nogle forhold, som kan være svære at erstatte.

Alzaga anlægger en anden vinkel på diskussionen om de bekræftende elementer ved prostitutionsrelationen og livet i prostitution. Ud fra sine observationer og interviews påpeger også hun, at anerkendelsen og bekræftelsen er en del af det tiltrækkende ved prostitutionslivet. Hun mener dog ikke, at kvinderne ikke har mulighed for at finde denne anerkendelse uden for massageklinikken. Mens det i dele af prostitutionslitteraturen konkluderes, at der er sammenhæng mellem den prostitueredes sociokulturelle baggrund og prostitution, forsøger Alzaga at vise, at kvinder i prostitution er helt almindelige kvinder.

Alt i alt må bekræftelse og anerkendelse siges at være en fastholdende faktor for en del kvinder i prostitution. Det er selvfølgelig vigtigt at gøre sig kvindens øvrige livs-omstændigheder klart og tage i betragtning om hun har mulighed for at finde bekræftelsen andre steder end i prostitutionsmiljøet, hvis hun ønsker at forlade prostitution. Men der er tiltrækkende elementer – ud over økonomien – som fastholder de fleste kvinder, og disse elementer er det vigtigt at skærpe blikket for i det sociale arbejde, da de skal erstattes af andre positive oplevelser for kvinderne, hvis de for alvor skal forlade branchen.

Prostitutionsmiljøet i sig selv

Trods en overvejende fokusering på de negative konsekvenser af et prostitutionsliv er det gennemgående i litteraturen, at *prostitutionsmiljøet* har nogle tiltrækkende aspekter for mange kvinder, hvilket fastholder dem i branchen. Om disse aspekter bliver tiltrækkende og fastholdende for kvinderne, fordi det er et særligt *miljø*, eller fordi det er nogle særlige *kvinder*, er der derimod uenighed om.

Et tolerant miljø?

Det er gennemgående i litteraturen at prostitutionsmiljøet er et tolerant miljø, hvor kvinderne anerkendes for hvem de er, og hvor deres individuelt valgte livsveje tillægges værdi. Det fremgår flere steder, at kvinderne føler sig anerkendt både af de andre kvinder og af kunderne. Flere kvinder fortæller, at de i prostitutionsmiljøet accepteres for hvem de er. I det hele taget er det gennemgående, at rammerne for hvad der er acceptabelt, er bredere i prostitutionsmiljøet end uden for (Barlach, 2004; Rasmussen, 2003; Alzaga, 2004). Dette står i modsætning til hvad kvinderne oplever uden for prostitutionsmiljøet. Litteraturen har forskellige bud på årsagerne til, at kvinderne oplever prostitutionsmiljøet som et tolerant og anerkendende miljø. To forskellige bud er gennemgående:

Det oftest fremførte argument for at kvinderne finder tryghed og anerkendelse i prostitution, er, at det er nogle *særlige kvinder*, der havner i prostitution. Prostitutionsmiljøet fremstilles i denne del af litteraturen ikke som et specielt tolerant miljø, men det er tolerant i forhold til de prostituerede, da disse kvinder kender og er trygge ved de spilleregler, der gør sig gældende i miljøet. Ifølge den del af litteraturen repræsenterer prostitutionsmiljøet en slags afvigermiljø, hvor de prostituerede finder sammen og oplever tryghed og accept – hvad de ikke gør i det omgivende samfund. Kvinderne har således 'altid' haft sociale problemer, og deres 'valg' af prostitution som forsørgelsesgrundlag er yderligere udtryk for disse sociale problemer. Årsagen til at kvinderne har svært ved at forlade miljøet, er dels, at de oplever at prostitutionen giver dem bekræftelse og selvtilid, hvilket de mangler, dels at de har svært ved at begå sig i den sociale verden uden for prostitution. Prostitutionsmiljøet er således et afvigermiljø, som tiltrækker en særlig

type kvinder, for hvem det fremstår tolerant (Høigård & Finstad, 1987; Skilbrei, 1998; Bjørnholk, 1994; Rasmussen, 2003; Barlach, 2004; Eek, 2005).

At mennesker udsat for samme type stigma slutter sig sammen og danner et *vi*, en gruppe, er ikke en ny observation (Goffman, 1975). Som gruppe kan de udarbejde en fælles identitet, hvor det stigma, som ellers er forbundet med skam, giver den enkelte følelsen af at være normal, idet alle i gruppen er underkastet samme stigma. De stigmatiserede søger sammen i grupper, hvor de ikke behøver tage stilling til omverdenens nedværdigende blikke eller til sig selv som afvigere (Goffman, 1975: 36 & 56). At kvinderne, når de befinder sig i prostitutionsmiljøet opfattes som normale, til forskel fra når de befinder sig uden for miljøet, hvor de opfattes som afvigere, kan være med til at fastholde dem i prostitution. På trods af et egentlig ønske om at forlade branchen falder de tilbage i prostitution, da de ikke orker omverdenens nedværdigende blikke – og har svært ved at begå sig uden for prostitutionsmiljøet.

Denne litterære position svarer til erfaringerne hos medarbejderne i Kompetencecenter Prostitution. De fortæller, at langt de fleste kvinder, de møder, har haft sociale problemer det meste af deres liv og altid selv har været – og omgivet sig med – *dem de andre ikke ville lege med*. Det er dog i denne forbindelse vigtigt, at være opmærksom på, at kompetencecenteret primært har kontakt til en selekteret gruppe kvinder i prostitution, dvs. dem som oplever problemer forbundet med prostitution.

Ud fra Goffmans tankegang om stigma fremstår prostitutionsmiljøet som tolerant, idet kvinderne her alle er påtvunget samme stigma – alle de andre kvinder de møder i miljøet, ligner på dette punkt dem selv. Men Alzaga er kritisk over for antagelsen om, at det er en særlig gruppe kvinder, der vælger prostitution. Hun mener, at prostituerede kvinder udgør et bredt udsnit af befolkningen, og er derfor stærkt kritisk over for påståede sammenhænge mellem sociokulturel baggrund og prostitution. Hun stiller sig også kritisk over for, at der skulle eksistere en decideret modkultur eller afvigerideologi i prostitutionsmiljøet. Hun er enig i, at de fleste kvinder har det godt i miljøet, at de nyder anerkendelsen fra kunderne og samværet med hinanden, og at det er en fastholdende faktor for dem, men ifølge Alzaga er det ikke noget kvinderne ikke kan finde uden for prostitution.

Resultater fra New Zealand (Abel m.fl., 2007) tyder på, at det sociale miljø på massageklinikken er en stærk fastholdende faktor. Næsten halvdelen af de adspurgte i indendørs prostitution fremhæver det sociale aspekt som et gode ved prostitutionsverdenen. De fortæller, at deres kolleger er venlige og sjove at være sammen med, og at det er en stærk fastholdende faktor. Fordi frygten for at miste kammeratskabet og samværet med kollegerne på klinikken betegnes som en væsentlig årsag til at vende tilbage eller forblive i branchen. Kammeratskabet blandt sexarbejderne og det faktum at mange har deres venner i branchen, er således en væsentlig årsag til fortsat prostitution.

Revideret opfattelse af miljøet

Enkelte publikationer peger på, at kvindernes forhold til prostitutionsmiljøet ændres, når de integreres i miljøet. Dette forklares både positivt og negativt i litteraturen. For de kvinder, der – før de startede – havde negative fordomme om miljøet og kvinderne der befolker det, kan det ske, at fordommene afkræftes. Det kan blive en fastholdende faktor for de kvinder der af nysgerrighed går ind i branchen, f.eks. med en idé om at prostituerede agerer på en særlig måde, eller at kunderelationen er ulækker. Og som ved nærmere kendskab får afkræftet deres fordomme og finder ud af at prostitutionsmiljøet er 'helt normalt' (Alzaga, 2004).

For andre kvinder gælder, at de føler sig pressede af hvad normen er i prostitutionsmiljøet, dvs. at selvom de havde en idé om hvilke ydelser de ville sælge, og hvor meget de ville arbejde, så kan dette ændres som følge af gruppepres (Barlach, 2004; Christensen & Barlach, 2004). Integration i miljøet kan således betyde pres på den prostitueredes grænser. Dette kan blive en fastholdende faktor for nogle, idet de trækkes længere og længere ind i miljøet. Hvordan og hvorfor kvindernes grænser ændres, og hvorfor deres sociale relationer ændres, er der således meget forskellige perspektiver på i litteraturen. Der er dog enighed om, at dette meget ofte sker i et prostitutionsforløb.

Spænding og 'tryk på'

Det fremgår flere steder i litteraturen, at en del af kvinderne søger den spænding, prostitutionsmiljøet ofte forbindes med, f.eks. i form af lidt farlige mænd og vilde fester – i det hele taget lidt mere gang i den, end der er i de fleste andre miljøer. Medarbejderne i Kompetencecenter Prostitution møder en del kvinder der, hvis de privat møder en sød, velbegavet mand, ifølge egne udsagn er *ved at kede sig ihjel* fordi der ikke er nok *tryk på*. De fleste kvinder i prostitution drømmer egentlig om et stille og roligt, stabilt liv med en rolig mand – men de gør ofte noget andet, fordi de keder sig i det.

”En af dem jeg har været i kontakt med, har haft to kærester – begge gangstere. Hun har totalt underlagt sig dem. Overtaget hans gæld og det hele. Har ikke fortalt om sin prostitution – han er muslim, hvis han opdager det, slår han hende ihjel. Det er simpelthen kaos på krise, kaos på krise. Stor 'love' og så død og brand. Det er et mønster, simpelthen den måde de fungerer på.”
(Kompetencecenter Prostitution)

Derudover fortæller medarbejderne, at kvinderne er gode til at begå sig i forhold til farlige mænd. Mange fortæller direkte om strategier, de benytter over for mændene, f.eks. for at undgå vold, aflure hans lune osv. Disse strategier bruger kvinderne både over for deres kærester og i kunderelationen. Kompetencecenter Prostitution mener, at kvinderne har tillært sig denne evne til at omgås *farlige mænd*, fordi de er opvokset i problemfyldte, ofte voldelige hjem. Dette forhold er der dog ikke fundet dokumentation for i den eksisterende litteratur.

Forsvarsstrategier og professionsideologier

Flere steder i litteraturen benyttes begrebet *professionsideologi*, til at analysere og dermed begribe kvalitative interviews med (eller selvbiografier om) kvinder i prostitution. Begrebet er således et analytisk begreb, som forskerne i årevis har benyttet til at forklare kvindernes fortællinger. I den ofte refererede *Baggader – om penge, magt og kærlighed* forsøger norske Høigård og Finstad (1987) at forklare, hvordan prostitutionsrelationen altid må forstås som et rationelt bytte, hvor kvinden forsøger at maksimere udbyttet og minimere indsatsen. De forklarer, at kvinderne gennem frakobling af egen krop, seksualitet og lyst, forsøger at beskytte sig selv mod prostitutionens mange skadevirkninger. En stribe publikationer har siden fulgt temaerne i Høigård og Finstads klassiker. Ud fra informanternes udsagn er det flere gange fremhævet, at de prostituerede kvinder benytter sig af *forsvarsstrategier*, og at de ofte udvikler *professionsideologier*, der kommer til at fungere som fastholdende faktorer.

Forsvarsstrategier diskuteres ofte i forbindelse med *hvad* der sælges i prostitutionsakten, dvs. om kvinden sælger en specifik ydelse, om hun sælger sin krop eller om kunden invaderer hendes *selv*, dvs. hendes inderste kerne. For at undgå denne stadige invasion af selvet argumenteres der ofte for, at kvinderne benytter sig af forsvarsstrategier i prostitutionsakten (hyppigt forklaret med en frakobling af hovedet fra kroppen under akten). En anden forsvarsstrategi, der ofte beskrives i litteraturen, er kvindens forsøg på at sætte grænser for kunden, f.eks. grænser for hvilke ydelser der tilbydes, hvilke kunder, og hvilken pris – grænser som kunden ofte overskrider, eller som kvinden af forskellige årsager ender med at måtte gå på kompromis med (jf. side 54).

Konklusionerne fra litteraturen er således, at kvindernes grænser skrider i prostitutionsrelationen, at ydelsen der sælges i prostitutionsakten er *kroppen*, dvs. at den prostituerede 'sælger sig selv'. Forsvarsstrategierne er derfor dømt til at mislykkes, ligesom forsvarsstrategierne i sig selv er forbundet med skader. På denne baggrund konkluderes det, at der er store skadevirkninger forbundet med et liv i prostitution (van Deurs Henriksen & Springborg, 1988; Bjørnholk 1994). Alligevel har en del af kvinderne svært ved at forlade livet i prostitution. Det forklares med *overlevelsesstrategier* eller *professionsideologier*, begreber der i litteraturen ofte benyttes til at begribe, hvorfor kvinderne fortæller positivt om prostitution på trods af et egentligt ønske om at forlade branchen. Bjørnholk (1994:26) konkluderer:

"Fokuset på de positive – eller set fra en anden vinkel de prostitutionsfastholdende – elementer, kan på mange måder betragtes som overlevelsesstrategier."

I denne forståelse fortæller kvinderne i prostitution positivt om branchen for at kunne holde ud at fortsætte. Ud fra kvalitative interviews med 23 prostituerede konkluderer Bjørnholk, at der er en lang række skadevirkninger forbundet med et liv i prostitution, hvilket forfatteren forbinder med kvindernes forsvars- og overlevelsesstrategier og disses fastholdende funktion for kvinderne.

Lautrup (2000) bruger begrebet *prostitutionsideologi* som forklaring på, hvordan kvinderne legitimerer prostitutionen, bl.a. ved at fornægte de dårlige sider ved prostitution og livet i prostitution. Denne fornægtelse medvirker til at forhindre eller forhale skridtet ud af prostitution, idet informanterne bruger prostitutionsideologierne til at retfærdiggøre sexarbejdet via fornægtelse, dvs. *på trods* af de dårlige sider og et egentligt ønske om at forlade branchen. Alzaga (2004) kritiserer brugen af begreberne forsvarsstrategi og professionsideologi som *en affærdigelse af den mening, hvormed de prostituerede selv opfatter deres gerning – som forsvarsmekanismer, beskyttelsesstrategier og erhvervsideologi*. Hun mener, at man ved at tage udgangspunkt i at forstå prostitution som et socialt problem, indsnævrer fokus på prostitutionens skadevirkninger. Hun påpeger en manglende åbenhed over for at nogle kvinder rent faktisk ønsker at blive i prostitution. At der kunne tænkes at være *kvaliteter ved prostitutions-universet, som byder sig til for de kvinder, der lægger deres vej forbi*, og at forskningens ensidige fokus på prostitutionens skadevirkninger betyder, at positive udtalelser fra prostituerede forkastes som forsvarsmekanismer og beskyttelsesstrategier.

Barlach (2004) bruger begrebet *professionsideologi* til at begribe, hvorfor kvinderne fortsætter i prostitution selvom de alle eksplicit fortæller, at de ønsker at forlade branchen. Professionsideologi som begreb bruges dermed både til at forsøge at begribe hvordan kvinderne legitimerer deres prostitution, og til at forstå hvorfor fortsat prostitution kommer til at fremstå attraktivt for kvinder, der egentlig væmmes ved at prostituere sig. Barlach forklarer, at i de perioder hvor kvinderne har det dårligt, hvor de oplever kriser i deres liv – både i og uden for prostitution – bliver prostitutionen den arena, hvor kvinderne oplever succes, dels i kraft af en faglig stolthed ved at kunne skaffe mange kunder, dels i kraft af den store indtjening. Pengene giver kvinderne en følelse af at være værdifulde, af *at kunne noget*. Barlach underkender således ikke kvindernes positive udtalelser om branchen, eller af at prostitutionen på det pågældende tidspunkt kan have været positivt for kvinden. Hun bruger udelukkende begrebet til at forklare den ambivalens hun ser i kvindernes fortællinger, idet de positive fortællinger om branchen bliver særlig fremtrædende i perioder hvor kvinderne egentlig ønsker at forlade prostitution. Hun forklarer herved *professionsideologi* som fastholdende faktor, ved at forstå informanternes udsagn, uden at forsøge at fortolke på deres udsagn

Sammenfatning

Som indledningsvist påpeget repræsenterer størstedelen af litteraturen en forståelse af prostitution som et socialt problem, og der er i forlængelse heraf et overvejende fokus på negativerne ved et liv i prostitution. Dog fokuserer enkelte publikationer overvejende på de positive elementer ved prostitution (Alzaga, 2004).

I beskrivelserne af barriererne for at bryde med prostitution har litteraturstudiet vist et meget komplekst billede. Når kvinder ønsker at forlade prostitution, kan det være forbundet med en ambivalens, der drejer sig om de fastholdende faktorer – det er gennemgående i litteraturen, at prostitution også byder på positive oplevelser, som gør det

svært for kvinderne at forlade den. Eksempelvis oplever Barlachs informanter (2004) omfattende negative konsekvenser ved deres liv i prostitution (Barlachs hovedkonklusion), men samtidig fortæller de om både positive og negative sider ved prostitutionsverdenen, som tilsammen fører til, at de ikke formår at bryde med prostitutionen. Medarbejderne i Kompetencecenter Prostitution er også enige om, at det er generelt for de kvinder, de har været i kontakt med, at de fastholdes i prostitution selvom de oplever store problemer forbundet med det.

Økonomien er en fastholdende faktor for en del kvinder i prostitution, ifølge de valgte kilder, der dog ikke er enige om, hvorvidt man skal forstå økonomi som en negativ eller positiv fastholdende faktor. Det diskuteres således om kvinderne profiterer positivt af prostitutionens indtægtsmuligheder, eller om prostitutionen er en nødvendighed for kvinderne, idet de mangler alternativer til prostitution og således vil miste social status, være ude af stand til at betale deres gæld osv., hvis de ophører med at prostituere sig.

Kvinder i massageklinikprostitution kan tilsyneladende udvikle et kompensatorisk forbrug, et forbrug (eller køb af statussymboler) der kan kompensere for et lavt selvværd, som kvinderne får via prostitutionen. Det kan ikke udelukkes at denne del af kvinderne allerede har et lavt selvværd og sociale problemer før de starter i prostitution, som så forværres ved prostitutionen. Indtjeningen og forbruget forklares i denne del af litteraturen som en negativ spiral, der øger kvindernes tilknytning til prostitutionsmiljøet og fastholder dem i prostitution. Her overfor står Alzaga og Skilbreis argumenter for at kvindernes selvtillid kan øges via prostitution, og at prostitutionens indtægtsmuligheder er positive for kvinderne.

Mestring af spillets regler er en oplevelse, som en del af kvinderne hurtigt får, når de går ind i prostitution – en succesoplevelse ved at føle sig styrende i prostitutionsrelationen. Dog gælder det for en del af kvinderne, at denne følelse ikke varer ved – en del kvinder fortæller om væmmelse ved kunderne, oplevelse af tab af kontrol, grænse-skred og grænsekrænkelser. De har dog svært ved at forlade branchen pga. den bekræftelse og anerkendelse de får fra kunderne – en anerkendelse, som de måske har vanskeligt ved at finde uden for prostitutionsmiljøet.

Stigmatisering er en anden kraftfuld, fastholdende faktor. En del kvinder væmmes ved at prostituere sig, og hemmeligholder derfor prostitutionen. Det fører til et dobbeltliv, der dermed kan ses som en konsekvens af, at prostitution betragtes som et socialt problem. Blandt respondenterne er der ofte sammenhæng mellem tidlige grænsekrænkelser og prostitution, sociokulturel baggrund og prostitution. Forfattere der ser prostitution i et positivt lys, påpeger, at problemer forbundet med prostitution er socialt skabt: Kvinder i prostitution er helt normale kvinder, som stigmatiseres fordi de har truffet et frit valg om at arbejde som prostituerede. Denne stigmatisering skader kvinderne.

Der hersker enighed om at stigmatisering af prostituerede er et meget stort problem for alle kvinder i prostitution. Derimod diskuteres det, om stigmatiseringen tvinger kvinderne til at leve et dobbeltliv som prostituerede, eller om dobbeltlivet snarere skal tilskrives kvindernes ambivalens i forhold til deres prostitution. Litteraturen og prostitutionsdebatten diskuterer endvidere om prostitutionens skadevirkninger skyldes stigmatiseringen

eller selve prostitutionsakten. Alle synes dog enige om at det er en konsekvens af stigmatisering, at en kvindes sociale relationer ændres ved prostitution. Langsomt udskiftes den del af omgangskredsen, der ikke er en del af prostitutionsmiljøet, til udelukkende at omfatte bekendtskaber i miljøet. Involveringsgraden kan blive så høj, at det bliver svært for dem at forlade prostitutionsmiljøet og -netværket.

En del prostituerede tager ikke prostitutionsidentiteten på sig, dvs. at de er stærkt involverede i branchen før de erkender at de er *rigtige* prostituerede. Fordi de ikke erkender deres prostitution på et tidligere tidspunkt, har de vanskeligere ved at ophøre med at prostituere sig.

Alt i alt må vejen ind i prostitution – og fastholdelse i samme – i mange tilfælde forstås som kompleks. Det er vigtigt at skærpe blikket for den ambivalens kvinderne beskriver, og de vanskeligheder de har med at stoppe prostitutionen. Behovet for anerkendelse og bekræftelse gør sig gældende ligesom sociale faktorer – forhold der begge må betegnes 'positive' i prostitutionssammenhængen.

Dette kapitel afspejler den kompleksitet der præger prostitutionens fastholdende faktorer. Som særligt interessant kan fremhæves at professionsideologierne får ekstra magt i perioder hvor kvinderne oplever kriser, dvs. at de har særligt svært ved at forlade prostitution i perioder, hvor de har et særligt ønske om det. Ambivalensen omkring deres prostitutionsliv og de fastholdende faktorer er enorm og meget gennemgående i litteraturen.

Litteraturliste

- Abel, G., C. Brunton og L. Fitzgerald (2007). *The Impact of the Prostitution Reform Act on the Health and Safety Practices of Sex Workers – Report to the Prostitution Law Review Committee*. New Zealand, Christchurch, Christchurch School of Medicine.
- Alzaga, Cristina (2004). *Pige på lagnet – socialitet, entreprenørmentalitet og risikovillighed i indendørsprostitution* (speciale). Københavns Universitet, Sociologisk Institut.
- Alzaga, Cristina (2007). *Prostitution indendørs – massageklinikken som socialt rum*. I: Dansk Sociologi (vol 18/nr. 1).
- Barlach, Lise (2004). *Fortællinger om prostitution – en sociologisk undersøgelse af tre selvbiografier*. Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.
- Baun, Rikke og Dorte Venø Jakobsen (2008). *Prostitutionsliv – en analyse af hverdagslivet i prostitution ud fra livshistoriemetoden*. Aalborg Universitet, Kandidatuddannelsen i socialt arbejde.
- Becker, Howard S. (2005). *Outsidere – studier i afvigelsessociologi*. Hans Reitzels Forlag.
- Benoit, Cecilia og Alison Millar (2001). *Dispelling Myths and Understanding Realities – Working Conditions, Health Status, and Exiting Experiences of Sex Workers*. University of Victoria, Department of Sociology.
- Bertelsen, Bettina og Tina Ussing Bømler (2004). *Prostitution og meninger der brydes ...* Aalborg Universitetsforlag.
- Bjørnkholk, Janne (1994). *Daphne-syndromet – om følger af et liv i prostitution*. (Notat 18/94). Sydjysk Universitetscenter, Institut for samfunds- og erhvervsudvikling.
- Boyle, Frances M. m.fl. (1997). *Psychological Distress among Female Sex Workers*. I: Australian and New Zealand Journal of P Z J Public Health, vol. 21, nr. 6.
- Bømler, Tina (2007). *Debat – hvor er den politiske vilje?* I: Nordjyske Stiftstidende 06.06.2007.
- Christensen, Gunvor & Lise Barlach (2004). *Prostitution på massageklinikker – en spørgeskemaundersøgelse om kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker*. Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.
- Cohan, D., A. Lutnick, P. Davidson, C. Cloniger, A. Herlyn, J. Breyer, C. Cobaugh, D. Wilson og J. Klausner (2006). *Sex Work – Sex Worker Health – San Francisco style*. I: Sexually Transmitted Infections 2006/82.
- Dahl, Helle Vibeke og Mads Uffe Pedersen (2008). *Kvinder og køn – stofbrug og behandling*. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

- Eek, Louise (2005). *Att köpa eller köpas – frihet och makt i sexindustrin*. Stockholm, Bokförlaget Atlas.
- Ege, Anette Petersen (1997). *Prostitution – om relationen mellem opvæksten og livet som prostitueret*. I: Psykologisk skriftserie, vol. 22, nr. 3. Århus Universitet.
- Farley, Melissa og Howard Barkan (1998). *Prostitution, Violence Against Women and Posttraumatic Stress Disorder*. I: *Women and Health*, 27(3). NY, Binghamton, The Haworth Press.
- Farley, Melissa og J.C. Keaney (1997). *Physical Symptoms, Somatization, and Dissociation in Women Survivors of Childhood Sexual Assault*. I: *Women & Health* 25(3).
- Formålsvejledningen* (2006) – VEJ nr. 93 af 05/12/2006, Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (Vejledning nr. 1 til serviceloven). Velfærdsministeriet.
- Friis Jensen, Nanna (1997). *Sagsbehandleres viden om prostitution*. EUROPAP.
- Funch Christensen, Sanne Maja (2008). *Venus eller offer – en kritisk analyse af den danske debat om prostitution* (speciale). Århus Universitet, Litteraturhistorie.
- Gamborg Holm, Majbrit (2006). *Nigerianske kvinder i prostitution i Danmark – migranter, sexarbejdere og midt imellem* (speciale). Roskilde Universitetscenter, Internationale Udviklingsstudier og Socialvidenskab.
- Gangoli, Geetanjali (2008). *Immorality, Hurt or Choice – How Indian Feminists Engage with Prostitution*. I: Sahni, Shanker & Apte (2008).
- Goffman, Erving (1975). *Stigma*. Nordisk Forlag A/S.
- Holm Sørensen, Mogens (2008). *Prostitutionens omfang og former*. Servicestyrelsen.
- Holmgård Sørensen, Tove (2004). *At anerkende den anden – om anerkendelsesteoriens relevans i socialt arbejde med særligt udsatte unge*. I: Uden for nummer 9 – Tidsskrift for forskning og praksis i socialt arbejde, 5. årg.
- Honneth, Axel (2005). *Behovet for anerkendelse*. Hans Reitzels Forlag.
- Høigård, Cecilie og Liv Finstad (1987). *Baggader – om prostitution, penge og kærlighed*. Pax forlag
- Justesen, Per, Niels Lund, Poul Erik Andersen, Bo Elle og Charlotte Flordon Jensen (2001). *Endovaskulær behandling af uterusfibromer*. I: *Ugeskrift for Læger* 163/33.
- Järvinen, Margaretha (1990). *Prostitution i Helsingfors – en studie i kvinnekontrol*. Åbo, Åbo Academy Press.
- Järvinen, Margaretha. *Skal prostitution forebygges?* I: *Socialkritik* nr. 15.
- Kompetencecenter Prostitution (2008). *Ingen må vide det – tolv kvinder fortæller om et liv i prostitution*. Servicestyrelsen.
- Kompetencecenter Prostitution. (U.Å.) *Sex uden sygdom*. Servicestyrelsen

- Lautrup, Claus og Jette Heindorf (2003). *Mandlig prostitution – en interviewundersøgelse*. VFC Socialt Udsatte.
- Lautrup, Claus (2000). *Jeg gør det jo kun engang imellem – en kvalitativ sociologisk undersøgelse om prostitutionens fastholdende faktorer*. Københavns Universitet, Sociologisk Institut.
- McVerry, Sue og Edward Lindop (2005). *Negotiation Risk – How Women Working in Massage Parlours Preserve Their Sexual and Psychological Health*. I: Health Care for Women International, 26:108.117.
- Munasinghe, T. m.fl. (2007). *Prevalence of Sexual Difficulties among Female Sex Workers and Clients Attending a Sexual Health Service*. I: International Journal of STD & AIDS, 2007/18.
- Månsson, Sven Axel og Ulla Carin Hedin (1998). *Vågan Ut! – om kvinnors opbrud ur prostitutionen*. Carlsson Bokförlag.
- Månsson, Sven Axel og Ulla Carin Hedin (1999). *At bryde med matthæuseffekten – om kvinders opbrud fra prostitution*. I: Social Kritik, nr. 61.
- O'Neill, Maggie og Rosemary Barberet (2000). *Victimization and the Social Organization of Prostitution in England and Spain*. I: Sex for sale, New York.
- Parsons, Jeffrey T. *Contemporary Research on Sex Work*. I: Co-published simultaneously of psychology & sexuality, 2005 vol. 17 nr. 1/2.
- Poulsen, Odile (2006). *Hustler – min tid i prostitution*. Aschehoug.
- Pro Sentret (2007). *Året 2007*. Oslo Kommune.
- PRO-Centret (u.å.). *Venerea klinikken (ikke publiceret miniundersøgelse)*. København. (PRO-Centret var et 3-årigt forsøgsprojekt (1997-2000), finansieret af Socialministeriets SATS-puljemidler).
- Rasmussen, Nell (2007). *Prostitution i Danmark*. Servicestyrelsen.
- Rasmussen, Susanne (2003). *Jeg søgte trøst og kærlighed – hun blev svigtet tit, men sex gav magt og respekt*. Forlaget Documentas.
- Rådet for Socialt Udsatte (2007). *Sosy Udsat*. Statens institut for folkesundhed.
- Sahni, R., V.K. Shanker og H. Apte (red.) (2008). *Prostitution and Beyond – an Analysis of Sex Workers in India*. SAGE Publications.
- Sand, Carsten (2007). *Seksuelt overførte infektioner – de venerologiske sygdomme*. Leo Temabog.
- Sandell, Göran, Elisabeth Pettersson, Janne Larsson og Jari Kuosmanen (1996). *Kön-sköperna*. Natur og kultur.
- Sanders, Teela (2004). *A Continuum of Risk? – the Management of Health, Physical and Emotional Risks by Female Sex Workers*. I: Sociology of Health & Illness, Vol. 26/No 5.

- Sanders, Teela (2005). *Sex Work – a Risky Business*. Portland, Devon, Cullompton.
- SIO (2009). *Guide til nye sexarbejdere*. (Publiceret på www.s-i-o.dk d.28.02.2009).
- Skilbrei, May-Len (1998). *Når sex er arbeid – en sociologisk analyse af prostitusjon på massasjeinstituttene*. Oslo, Pax Forlag.
- Socialministeriet (2005). *Et andet liv – Regeringens forslag til en helhedsorienteret indsats på prostitutionsområdet*.
- Spanger, Marlene (2000). *Den usynlige linedanser – transnational prostitution blandt sorte kvinder i Danmark – koblinger mellem køn, seksualitet og race* (speciale). Roskilde Universitetscenter.
- Stanway, Penny (2004). *Forstå din krop – håndbog i kvindesygdomme*. Aschehoug.
- van Deurs Henriksen, Susanne og Susanne Springborg (1988). *Prostitutionsliv*. Nordisk Forlag.
- Vanwesenbeeck, Ine (1994). *Prostitutes' Well-being and Risk*. Amsterdam, VU University Press.
- Vanwesenbeeck, Ine (2005). *Burnout among Female Indoor Sex Workers*. I: Archives of Sexual Behaviour, Vol. 34/No. 6. Springer Netherlands.
- Ward, H. og S. Day (2006). *What Happens to Women who Sell Sex? I: Sexually Transmitted Infections*, No. 82.

Hjemmesider

- www.sst.dk/subsites/undgaa_klamydia/om_klamydia/tal_om_klamydia.aspx
- www.sifolkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/11_2008.aspx
- www.sexarbejde.dk
- www.s-i-o.dk
- www.redenkoebenhavn.dk

Film

- Illusionen* (2008). Servicestyrelsen. (Kan ses via www.servicestyrelsen.dk).