

Bokessay

Kroppskartet

Anonym Anonym

Traumepasienter kan etablere en selvbestemt og nytelsesfull seksualitet samtidig som de bearbeider egne traumer.

Seksuelle problemer etter seksuelle traumer har preget meg lenge, og jeg har mottatt flere ulike traume- og seksualterapeutiske behandlinger uten å bli bedre. Så kom jeg over den tyske fagboken *Sexualität und Trauma* [1] (2018) av Melanie Büttner, og podcastserien «Ist das normal?» [2] av Zeitonline, der Büttner medvirker. Hun viste meg en ny tilnærming til seksuelle traumer som gir mening.

Den tyske legen, psyko- og seksualterapeuten Melanie Büttner, og den østerrikske fysioterapeuten Karin Paschinger, som er medforfatter i to av de sentrale kapitlene i boken, har lenge behandlet pasienter med traumer etter seksuelle overgrep i barndommen. De har utviklet et interdisiplinært samarbeidsprosjekt som beskrives i to kapitler i denne boken. Behandlingen bygger på Rotschilds tanker om at traumer alltid er en psyko-fysiologisk erfaring, som etterlater dype psykiske og kroppslige spor. Seksualitet oppleves både psykisk og kroppslig. Ved å forbinde psyko-, traume-, seksual- og systemisk behandling med kroppsterapi omprogrammerer hjernen seg, ifølge Büttner. Behandlingene er fullverdige og komplementære, og foregår parallelt i tett samarbeid mellom terapeutene.

Før jeg kom over Bu#ttners tenkning, har jeg båret mine seksuelle problemer alene, godt pakket inn i et tykt lag av skam

Tre nøkkelelementer



Seksualität und Trauma av Melanie Bu#ttner

Preget av pasientenes sterke historier kjennetegnet av å holde ut det uholdbare, selvhat og usikkerhet, utviklet Melanie Büttner og fysioterapeuten Karin Paschinger denne behandlingen. De tenkte at det kanskje ville hjelpe traumepasienter å snakke åpent om egne seksuelle problemer, før den stabiliserende behandlingen var avsluttet. De testet det ut med kvinnelige traumepasienter som var innlagt ved en døgnklinikk. De innførte frivillige gruppesamtaler om seksualitet og samliv. Responsen var over all forventning. Det å ha et fellesskap for å drøfte samlivs- og seksuelle problemer, motta psykoedukasjon og avklare egne spørsmål var en viktig del av pasientenes prosess. Å kunne åpne seg

for medpasienter og drøfte vanskelige og tabubelagte temaer, som de fram til det tidspunktet ikke engang hadde våget å dele med sine partnere, ble en viktig bindende faktor i gruppen. Det medførte at gruppe medlemmene utviklet omsorg og respekt for hverandre. Bare sjelden ble traumatiske minner trigget, og når dette skjedde, ble disse umiddelbart fanget opp av terapien.

Det tyske behandler teamet innså raskt betydningen av at traumepasienter forstår at deres seksuelle problemer er knyttet til egen kroppsopplevelse og kroppslige symptomer. Derfor deltok Paschinger jevnlig på disse gruppesamtalene, og de utviklet en forståelse for at seksuelle problemer var et genuint psykosomatisk fenomen som krevde både en psyko- og en fysioterapeutisk tilnærming.

Büttners behandlingsmodell

Ved å integrere seksuelle temaer i behandlingen mens stabiliseringsfasen pågår, åpner Büttner for et paradigmeskifte. Gruppesamtaler skjer samtidig med psyko- og fysioterapeutisk behandling fordi tidlig integrering av emosjonelle og kroppslige seksuelle problemer kan være en nøkkelfaktor i pasientenes bedringsprosess.

Büttner ser pasientene med pasientenes briller. Mange lever i intime relasjoner, og trenger hjelp her og nå til å håndtere dette – istedenfor å vente til personen er mer emosjonelt stabil, e.l. Hun siterer en pasient slik i boken: «Hver dag er jeg utsatt for en utrolig belastning når mannen min ønsker seksuell kontakt, og i terapien får jeg ikke engang lov til å snakke om dette, fordi det angivelig er for belastende for meg. Men jeg ville vært så glad hvis noen ville drøftet dette sammen med meg» (Büttner, 2018, s. 229, min oversettelse).

Denne pasienten kunne vært meg. Før jeg kom over Büttners tenkning, har jeg båret mine seksuelle problemer alene, godt pakket inn i et tykt lag av skam. Terapien var rettet mot emosjonell stabilisering gjennom samtaleterapi. Men minnene mine er lagret i kroppslige fornemmelser, som kvalme og smerter i den nedre delen av kroppen, og jeg mangler kognitive minner og bilder. Da blir det vanskelig for meg å bli bedre gjennom en kognitiv tilnærming alene.

Mens årene gikk, levde de kroppslige symptomene videre i meg. Jeg ble aldri invitert til å finne en ny tilnærming til min kvalme, hverken i individuell- eller i gruppebasert behandling, og følte meg alene med mine opplevelser. Jeg lot som om alt var greit, og kjente meg under et konstant press om å late som om jeg kunne nyte, oppleve lyst og imøtekomme de seksuelle behovene til min mann. Kvalmen blomstret i meg ved hver minste berøring. Forsøk på samleie var dømt til å mislykkes. Likevel holdt jeg ut, fordi jeg ville være blant de vellykkede. Büttners teori gjorde at jeg endelig følte meg forstått og bekreftet.



Hvor var mitt fellesskap?

Det ga meg håp. Jeg nevnte Büttners tilnærming for min mangeårige psyko- og seksualterapeut, som jeg fortsatt går i behandling hos. Ideen virket interessant, men ble avfeid med at dette ikke ville være gjennomførbart der vi bodde. Så ble jeg kort tid senere innlagt til en lengre behandling på en traumeklinikk, der jeg nevnte behovene mine. Dessverre var behandleren ikke interessert i det og gjorde det tydelig at det var hun som satt med den terapeutiske kompetansen. Ferdig snakket.

Men så begynte jeg forsiktig å snakke om den tyske behandlingen med mine medpasienter. De lyttet ivrig, og også de mest apatiske kviknet til. Selv om ikke alle var aktive i samtalen, ønsket alle et skriftlig sammendrag. Det ble en sterk opplevelse. Jeg var ikke alene, norske og tyske kvinner var ikke så forskjellige allikevel. Gjennom årene har jeg møtt mange traumepasienter som lever alene eller i en parrelasjon, og mange av dem opplever nærhet som kvalmende og vondt. Denne problemstillingen er ikke ny. Tvert imot. Flere har lenge etterlyst at seksuelle problemer tas inn i behandlingen. Jeg kjenner en kvinne som tok det opp med det norske traumebehandlingsapparatet for over ti år siden. Ved å lese kapitlene til Büttner og Paschinger og drøfte innholdet med både min terapeut og min mann har jeg kommet ganske langt i min prosess. Dersom jeg hadde kunnet arbeide med dette tidligere, ville nok mannen min og jeg blitt spart for mye frustrasjon. Det kan nok tenkes at mange parforhold har blitt ødelagt fordi seksuelle problemer ikke inngår i behandlingen.

Traumeassosierte kroppslige plager og seksualitet

Karin Paschingers fysioterapi foregår parallelt med Büttners psykoterapi. Dette fordi kroppslige plager er pasientenes forsvarsreaksjoner for å beskytte seg selv mot belastende og uholdbare sansetrykk. Disse er automatiserte prosesser som pasienter ofte hverken er klar over eller kan styre bevisst. For å få til en forandring kreves det fysioterapeutisk behandling som starter med å kartlegge symptomene på såkalte bodymaps, der pasienter registrerer sine kroppslige plager. Bodymaps er skjemaer som fylles ut både før og etter den kroppsterapeutiske behandlingen. Ved komplekse symptombilder kan flere plager opptre samtidig. Bodymaps viser hvor smertene og ubehagelige følelser er lagret i kroppen, og danner grunnlaget for det kroppsterapeutiske arbeidet. De benyttes også til å følge med i pasientenes behandling. Spektret av kroppslige plager er stort.

Ikke i samsvar med mine indre opplevelser

I Norge er det skrevet svært lite om hvordan terapeuter bør arbeide med pasienter som strever med seksuelle traumer etter seksuelle overgrep i barndommen. Almås og Benestad ser ut til å være de eneste som behandler temaet, i det siste kapitlet av fagboken *Sexologi i praksis* (2017), som jeg har lest i et forsøk på å forstå mine egne opplevelser. Jeg kjente meg igjen i at problemene oppstod på det kognitive, følelsesmessige og kroppslige plan. Jeg var enig i årsaksbeskrivelsene og at det krevdes muligens også psykomotorisk ekspertise. Jeg delte erfaringen at mange kunne ha et velfungerende seksualliv i mer overfladiske relasjoner, men at det ble mer og mer ubehagelig når forholdet ble dypere, fordi en mer intim relasjon reaktiverer gamle opplevelser av overgrep.

Men så beskriver forfatterne et behandlingsforløp som ikke passet for meg. Forfatterne skiller mellom to behandlingsfaser, der den første må være avsluttet før man kan begynne med den andre. I første delen bearbejder pasienten sine overgrepsopplevelser, og i den andre delen utvikler pasienten

sin seksualitet på egne premisser. De foreslår å skille behandlingsfasene fra hverandre i både tid og rom. For meg ble dette vanskelig å forstå, fordi de kroppslige minnene av tidlige barndomsovergrep i høyeste grad lignet på det som skjedde i intimt samvær i nåtid. Opplevelsene er ganske så like, og de sender de samme signalene til hjernen. Enkel berøring, stryke på hendene, kjenne partnerens pust, motta en klem, enhver form for uskyldig nærhet oppleves som triggerer som reaktiverer traumeminnene. De fremkalte øyeblikkelig ubehagelige kroppslige fornemmelser og følelser.

I mitt tilfelle ville det foreslåtte opplegget betydd en ventetid på kanskje minst ti år, før jeg eventuelt ville vært klar for å etablere en seksualitet på egne premisser. Da sier det jo seg selv at en parrelasjon antageligvis ikke vil overleve denne prøven.

Videre virket det helt umulig for meg å klare å skille historien om overgrep fra historien om min egen seksualitet, fordi overgrepene i tidlig barndom har satt dype kroppslige og følelsesmessige spor i hjernen. Historien om overgrep vil alltid være der. Den må derfor anerkjennes og rommes. Hjernen min er dessverre ikke en harddisk der jeg kan slette minnene. Men det jeg kunne gjøre, var å videreutvikle seksualiteten for å ikke la de sterke kvalmende opplevelsene overstyre enhver form for intimt samvær.

Veien videre

Personlig har jeg lært mye bare ved å lese hvordan pasienter med et lignende symptombilde som meg har blitt fulgt opp over tid, og hvordan også partnere har blitt involvert i behandlingen der dette var aktuelt. Da det ikke finnes et slikt behandlingstilbud i Norge, har mannen min og jeg begynt å utforske nye muligheter for å ha det bra med hverandre intimt. Vi bruker våre egne bodymaps, vi planlegger våre intime seanser, skaper rammer som er annerledes fra det jeg har opplevd tidligere, og forsøker på denne måten å skape en ny tilgang til en trygg og selvbestemt seksualitet. Det at jeg har blitt trygg på å snakke om mitt indre og mine plager, er i seg selv en helsefremmende og beskyttende faktor.

Takket være boken til Büttner og god støtte fra mine terapeuter, som nå har tatt dette perspektivet inn i behandlingen, er mannen min og jeg nå i en fase der vi begge opplever seksualitet som noe berikende og godt, og der også andre traumerelaterte symptomer ser ut til å ha blitt mindre. For ikke lenge siden var jeg på et oppfølgingsopphold på det behandlingsstedet jeg var innlagt tidligere. Resultatene av de psykometriske testene viste at jeg var blitt betydelig bedre og ligger innenfor normalen på en del områder.

I innledningen til boken skrives det at den er en oppfordring til både psykologer og seksualterapeuter til å legge bak seg fordommer om at det kan være destabiliserende å snakke om intime temaer. Boken åpner opp for at traumepasienter kan etablere en selvbestemt og nytelsesfull seksualitet samtidig som de bearbeider egne traumer.

Boken viste meg at mine reaksjoner var helt normale, og gjorde det mulig for meg å ta tak i dem sammen med mine terapeuter, min mann og gode venner. Jeg er overbevist om at det er mange kvinner som meg som også kan få det bedre gjennom en slik behandling. Disse perspektivene bør inn i fremtidig traumebehandling. Vi har behov for et godt liv allerede nå.

Referanser

Almås, E. og Benestad E. (2017). *Sexologi i praksis*. Oslo. Universitetsforlaget.

Büttner, M. (2018). *Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen*. Stuttgart. Schattauer.

Feldenkrais, M. (1992). *Das starke Selbst*. Frankfurt a. M. Suhrkamp.

Rotschild, B. (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*.
New York. Norton.