

Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer

Del I: Teoretisk bakgrunn

Mange som har vært behandlet for seksuelle traumer, etterlyser profesjonell hjelp til å etablere seksualitet på egne premisser. Denne artikkelen er den første av to som gir råd til terapeuter som vil gi slik bistand.

TEKST

Elsa Almås

Esben Esther Pirelli Benestad

PUBLISERT 1. januar 2004

EMNER

Seksuelle overgrep

Seksuelle dysfunksjoner

Traumatisert seksualitet

kompleks PTSD

Innledning

Psykologer har i årevis behandlet personer som har opplevd seksuelle overgrep i barndom, ungdom eller voksen alder. Tradisjonelt behandler man slike problemer på grunnlag av kunnskap om behandling av andre typer psykologiske traumer, og diagnosen som ofte blir brukt er posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Vi har lagt merke til, både i egen praksis, og ved de henvisninger vi får av klienter som har problemer med å fungere seksuelt, at mange som har vært behandlet for seksuelle traumer, ikke har fått terapeutisk støtte til å etablere en egen voksen seksualitet. Disse klientene har ofte som resultat av seksuelle overgrep, blitt alvorlig forstyrret i sin seksuelle utvikling. De har behov for hjelp til å etablere seksualitet på egne premisser.

Vi tror at det er viktig å dele behandlingsprosessen i to adskilte deler. Det er nødvendig å bearbeide selve traumeopplevelsen, før man kan ha mulighet for å utvikle trygghet i forhold til seksuelle relasjoner. Mange klienter får aldri denne andre delen av behandlingen. Det er viktig å integrere kunnskap om traumebehandling i forhold til videre behandling av seksualiteten, og være klar over at de to behandlingsfasene skal skilles fra hverandre, kanskje både i tid og i rom. Samtidig må terapeuten ha seksualiteten i bakhodet mens traumet bearbeides, og traumet i bakhodet mens

seksualiteten utvikles. I denne artikkelen vil vi presentere sexologi som tilnærming til disse problemene og føye til nyere traumeteori i forståelsen av de seksuelle problemene som oppstår som resultat av seksuelle overgrep. I neste artikkel (Almås & Benestad, i trykk) peker vi på behovet for videre behandling av traumatisert seksualitet etter at selve traumet er bearbeidet. Mange vil ha behov for profesjonell hjelp til å utvikle seksualitet på egne premisser.

Behandling av seksuelle dysfunksjoner

Seksualterapi er i utgangspunktet basert på legen William H. Masters og psykologen Virginia E. Johnsons behandlingsmetoder i forhold til seksuelle dysfunksjoner hos par (Masters & Johnson, 1970), og Helen Singer Kaplans modifisering av denne i retning av å behandle seksuelle problemer poliklinisk hos både individer og par (Kaplan, 1974). I Skandinavia har denne behandlingsformen blitt videreført av Preben Hertoft og hans kolleger ved Sexologisk Klinik på Rigshospitalet i København (Hertoft, 1987). Den opprinnelige arbeidsformen har blitt tilført nye perspektiver og modifisert på forskjellige måter av ulike terapeuter. Det finnes i dag sexologiutdanninger i Danmark, Finland, Norge og Sverige. I 2002 godkjente den nordiske sexologiorganisasjonen «Nordic Association for Clinical Sexology» (NACS) de første spesialistene i sexologisk rådgivning og i klinisk sexologi.

Seksualterapi *forutsetter* en interdisiplinær tilnærming, i tråd med tradisjonen fra Masters og Johnson. Før man setter i verk seksualterapeutiske teknikker, skal klientene i de fleste tilfeller utredes somatisk. Seksualfunksjonene skal betraktes som del av de naturlige kroppslige funksjoner, og muligheten for bakenforliggende somatisk sykdom bør vurderes når disse funksjonene endrer seg. Seksualterapi baserer seg på en kombinasjon av kunnskap om seksuell fysiologi og seksuelle responser og atferdsterapeutiske metoder for responsmodifikasjon. I tillegg er det nødvendig å forholde seg til dynamiske forhold knyttet til individuelle utviklingshistorier, etablerte tenningsmønstre, samspill mellom partene, aktuelle belastninger i klientens omgivelser, individuell motivasjon og kapasitet, kunnskap om og holdninger til seksualitet generelt, samt klientenes forestillinger om mål for behandlingen.

Fra ca. 1960 til 1990 eksisterte det en behandlingsoptimisme i forhold til bruk av psykologisk baserte behandlingsmetoder. Fra midten av 1980-tallet og frem til i dag, har vi sett en intensivering av forskning omkring biologiske behandlingsmetoder, hvilket foreløpig har resultert i én stor kommersiell suksess, nemlig Viagra. Flere tilsvarende midler er nå kommet på markedet. Mange legemiddelprodusenter ser et stort marked i å utvikle medikamenter som tar sikte på å fremme seksuelle responser, som ereksjon hos menn og øket blodgjennomstrømning i klitoris og eventuelt lubrikasjon i skjeden hos kvinner. Produsenter av naturmedisin har også sine bidrag. En viss suksess har man fått ved et produkt basert på «Rosenrot», som etter sigende bedrer både blodgjennomstrømning i kjønnsorganene og selve orgasmekapasiteten. Generelt kan man si at det er stor interesse omkring produkter som kan bidra til enkle løsninger på

seksuelle problemer, men disse problemene er dessverre ofte komplekse og kompliserte.

Det har vært brukt store ressurser på å undersøke behov for behandling av seksuelle problemer. Man har, ikke overraskende, konsentrert seg om ereksjonsproblemer hos menn. Det er for første gang gjort internasjonale studier på forekomsten av erektil dysfunksjon. Selv om undersøkelsene viser interessante kulturelle forskjeller, er det klarlagt en betydelig forekomst hos menn, spesielt fra 40 årsalder og oppover. Ved 70 årsalder regner man med at ca. 40 % av alle menn har vesentlig grad av erektil dysfunksjon (Feldman et al., 1994).

Det forskes nå også på behandling av seksuelle dysfunksjoner hos kvinner. Dette har vært et forsømt felt, og det er mye man ikke vet om kvinners seksualfysiologi. Et illustrerende eksempel er hentet fra en kirurgisk avdeling, der en av de nye legene spurte hvordan man tok hensyn til de nervene som bidrar til seksualfunksjon. «Hvilke nerver?» var svaret han fikk.

PDE-5 hemmere (Viagra, Cialis, Levitra) har vært prøvd ut i forhold til kvinner, uten at verken lubrikasjonsproblemer, klitorisereksjon eller manglende seksuell lyst hos kvinner så langt har kommet med i indikasjonsområdet for medikamentene. I en del tilfeller har man fått gode resultater. Problemet med medikamentell behandling av seksuelle dysfunksjoner, er imidlertid at tenkningen i for stor grad forutsetter monokausalitet, for eksempel tilstedeværelse eller manglende tilstedeværelse av enkelte kjemiske substanser som har betydning for seksuell respons. Noen av disse stoffene har virkelig stor betydning, derav PDE-5 hemmernes popularitet. Det er også klare likheter mellom fysiologien i kvinnelige og mannlige kjønnsorganer både hva biokjemi og fysiologi angår. Likevel foreligger det forskjeller som gjør at erfaringer med menn ikke uten videre kan overføres til kvinner. En vesentlig forskjell er kvinners og menns generelle «forberedthet» til seksuell tenning. Mens menn ofte har en grunnaktivering til like under nivået for kroppslige seksuelle responser, har kvinner en lengre vei å «gå» før de spesifikt seksuelle responsene inntreffer (Gianotten, 2002). På samme vis som erfaring med menn ikke uten videre kan overføres til kvinner, viser det seg heller ikke mulig å overføre erfaringer fra noen til alle menn. Jo mer kompleks en seksuell respons er, desto vanskeligere blir det å behandle den med monofokuserte behandlingsteknikker.

Psykologers bidrag

Seksuelle responser og seksuell funksjon forutsetter biologiske og fysiske prosesser, men omfatter også komplekse psykologiske og sosiale samspill. Mens faren ved medisinske tilnærminger er forenklingen, blir problemet ved psykologiske tilnærminger at man kompliserer forståelsen av prosessene i slik grad at man blir behandlingslammet. Psykologer vegrer seg ofte i forhold til å integrere biologisk kunnskap i sine teoretiske forståelsesformer. Mange velger å henvise sexologiske problemstillinger videre, eller lar være å ta opp spørsmål som berører seksualitet. Sexologi er på samme måte som nevropsykologi et område der det ikke er nødvendig at

alle psykologer er spesialister, men der alle psykologer likevel burde kunne møte sine klienters problemer på et alment nivå.

Traumatisert seksualitet

Når en trekker traumeteori inn i behandlingen av seksuelle overgrep, er det viktig å skille mellom akutte traumer og komplekse traumer. Med akutte traumer menes voldtekt i barndom, ungdom eller voksen alder. Et traume kan behandles som akutt når det foreligger en funksjon før traumet som kan reetableres kort tid etter, slik at den generelle utviklingen ikke forstyrres i nevneverdig grad. Med kroniske seksuelle traumer menes seksuelt misbruk i barndom, ungdom eller voksenliv. Kroniske, eller komplekse traumer oppstår i en uferdig modningsprosess, og forstyrrer dennes videre utvikling. Det er en flytende overgang fra akutte til kroniske traumer. Traumets alvorlighetsgrad i forhold til seksualfunksjon påvirkes av hvor etablert seksualiteten var før traumet oppsto.

I tillegg kan en operere med en tredje kategori traumer, nemlig tilbakeholdstraumer. Generelle *tilbakeholdstraumer* er resultat av en opplevelse av ikke å kunne snakke om seksualitet generelt. Spesielle tilbakeholdstraumer er resultat av en opplevelse av ikke å kunne snakke om sin spesielle seksualitet eller seksuelt relaterte opplevelser.

Diagnostisk forståelse av traumer

ICD-10 OPERERER MED FØLGENDE DIAGNOSTISKE MULIGHETER:

F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning med følgende underkategorier:

F43.0 Akutt belastningslidelse

F43.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

F43.2 Tilpasningsforstyrrelser

F43.8 Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning

F43.9 Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning

I vår sexologiske praksis har vi i økende grad kommet til å bruke disse diagnosene, spesielt F43.2 og F43.8, selv om kategoriene ikke er spesielt tilpasset en forståelse av reaksjoner på alvorlige seksuelle overgrep. De forholder seg ikke til hvorvidt det eksisterer en etablert seksuell funksjon før overgrepet. Der dette ikke er tilfelle, vil tradisjonell traumebehandling der klienten blir oppfordret til å fremkalle og snakke om traumet, kunne være kontraindisert, spesielt dersom det ikke er etablert en rimelig trygg ny livssituasjon uten fare for retraumatisering. Vår erfaring er at når denne er etablert, vil ofte uklare hukommelsesbilder som omfatter tidlige overgrep begynne å

komme til bevissthet. Tradisjonell traumeteori forholder seg heller ikke til tilbakeholdstraumer, selv om disse ofte forsterker følelser som skam og skyld.

Vi vil i det følgende beskrive noen av våre erfaringer med de historiene som kan oppstå i terapirommet.

Reaksjoner på traumer

Reaksjoner på traumer omfatter forandringer i nevrobiologiske prosesser som påvirker stimulusdiskriminering. Opplevelsen av egen seksualitet kan ofte ikke skilles fra den seksualiteten overgrepet representerer. I forhold til seksuelle impulser vil overgrepet ofte være den første assosiasjon. Mange klienter sier at de i en seksuell situasjon slutter å tenke klart, samtidig som de opplever et intenst ubehag. Fra terapeutens perspektiv kan det oppfattes som angst, aggresjon, avverge og manglende evne til å være i den aktuelle erfaringen. Ofte tilegner personen seg betingede fryktreaksjoner til traumeassosierte stimuli. Mange opplever all seksualitet som truende, og kanskje også invaderende. Kognitive skjemaer og sosiale fortolkninger endres.

Våre hukommelsesfunksjoner har flere nivåer: Ett nivå er *eksplisitt* og bevisst, og innebærer at vi husker hva som har skjedd og kan fortelle historien. Hukommelsen inneholder også ferdigheter og vaner, følelsesmessige reaksjoner, refleksive handlinger og klassisk betingede responser. Slik hukommelse vil i stor grad være implisitt og ureflektert. Vi kan også beskrive hukommelse på et *verbalt* nivå, et *følelsesmessig* nivå og et *kroppslig* nivå.

Etablering av selvbevissthet baserer seg på nyanser og mening i forhold til ens fysiske sensasjoner. Måten vi føler og tolker mening i innkommende stimuli på avhenger i stor grad av den mening vi tillegger disse fysiske sensasjonene. Det å være i stand til å sette ord på og holde på følelser og opplevelser, gir mennesker kapasitet til å «eie» det de føler. Å kunne være i kontakt med seg selv er uomgjengelig for å mestre sensasjoner og å ha mental fleksibilitet til å vurdere og sammenligne ulike alternativer med hensyn på den videre utvikling av opplevelsen (van der Kolk, McFarlane & Weisæth, 1996).

Akutte stressreaksjoner på katastrofesituasjoner innebærer panikk, kognitiv disorganisasjon, desorientering og dissosiasjon. Dissosiasjon er den viktigste prediktor for utvikling av PTSD. Dissosiasjon skjer både under den traumatiske opplevelsen og posttraumatisk, som en langtidseffekt av traumatisk eksponering. Etter alvorlige overgrep der det har vært brukt vold, eller der hvor offeret har vært for umoden til å forstå situasjonen, ser vi at nettopp dissosiasjon kan være etablert (van der Kolk et al., 1996).

Dissosiasjon innebærer at traumet lagres ubearbeidet og ikke integrert i form av ren kroppslig hukommelse, som følelsesmessige «bilder» eller som adskilte og isolerte kognitive systemer. Kroppslige eller følelsesmessige hukommelsesbilder kan dukke opp uventet og ofte også truende for individet som assosiasjon til ting som kan minne om traumet. Dette kan føre til at personen søker å unngå situasjoner som kan fremkalle

slike ubehagelige hukommelsesbilder, og til problemer med å forvalte søvn, konsentrasjon og aggresjon.

Reaksjoner på seksuelle traumer innebærer ofte en opplevelse av å ikke eie egne følelser og egen seksualitet. En opplever å ikke ha noe valg i forhold til andres seksuelle tilnærmelser: Oppgaven er å tilfredsstille andres seksuelle behov. Det innebærer manglende evne til å oppleve seksualiteten i egen kropp, og manglende opplevelse av rett til å ta vare på gode følelser, utvikle disse og si nei til det som er ubehagelig og vondt. For å beskytte seg, lærer mange å dissosiere. Samtidig som de opplever en hendelse på et kognitivt plan, kobler de fra den kroppslige eller følelsesmessige opplevelsen. Noen husker det som hendte, men har ingen følelsesmessige reaksjoner. Andre kan ha følelsesmessige eller kroppslige reaksjoner, men ingen kognitiv hukommelse om det som har skjedd.

«Reaksjoner på seksuelle traumer innebærer ofte en opplevelse av å ikke eie egne følelser og egen seksualitet»

I boken *Barn av sitt folk* (Cameron, 1990) beskriver hovedpersonen hvordan indianerkvinnene lærte å beskytte seg når de ble voldtatt:

«Hun som går stille og tantene hadde lært henne hva hun skulle gjøre dersom hun ble utsatt for et seksuelt overgrep. Hadde hun den minste mulighet til å slåss, skulle hun slåss som en rasende. Men hvis hun ikke kunne unngå voldtekten, skulle hun sende ånden sin langt bort fra det grusomme som ble gjort med kroppen hennes. Hun skulle sende jeget sitt til et annet sted og etterlate Den Gale med en kropp som ikke kunne gi ham glede. Hun trakk pusten dypt, dro lufta desperat inn, fylte lungene. Mens de slepte henne vekk fra den skrøpelige tryggheten trestammen hadde gitt henne, svimlet det for henne og ånden gjorde seg klar til flukt. Hun så knapt ulvejegeren som senket seg over henne, og før han trengte inn i henne, var hun langt borte fra skallet sitt. Ånden hennes, sjelen, hennes egentlige Jeg, svevde høyt over Cypress Hills, urørt og uten skade.» (s. 61–62).

Ved overgrep der individet ikke er modent nok til å forstå det som skjer, vil de fysiske sensasjonene ikke bli fortolket i det hele tatt eller bli forvrengt. Van der Kolk et al. (1996) siterer Charcots og Janets beskrivelser av traumatiske opplevelser. For eksempel siteres Janet fra 1909: «Når vi blir tilstrekkelig oppskaket, vil hukommelselementer ikke bli transformert over til nøytrale narrativer – individet blir ute av stand til å gjenkalle det vi kaller narrativ hukommelse. Dette fenomenet er kalt hukommelsesfobi « (s. 52, vår oversettelse).

Kompleks PTSD

Van der Kolk et al. (1996) beskriver også en mer spesifikk form for PTSD, som passer bedre til forståelsen av hva som skjer med individer som utsettes for langvarig seksuelt misbruk i barndommen. Denne formen for stressreaksjon kalles for Kompleks PTSD. Diagnosen består av seks forskjellige problemområder som har vist seg å være forbundet med tidlige interpersonelle traumer:

- Forandringer i regulering av affektive impulser, blant annet forvaltning av sinne og tilbøyelighet til selvdestruktivitet.
- Endringer i oppmerksomhet og bevissthetstilstander, som for eksempel kan føre til amnesi, dissosiative episoder og depersonalisering.
- Endringer i selvoppfatning, for eksempel kronisk opplevelse av skyld og skam.
- Endringer i relasjoner til andre mennesker, for eksempel problemer med å oppleve intimitet i forhold til andre mennesker.
- Somatisering av problemet, man opplever somatiske symptomer som det ikke finnes noen medisinsk forklaring på.
- Endringer i opplevelse av mening. I forhold til denne type problemer kan tradisjonell traumebehandling i form av eksponering til traumet og kognitiv restrukturering ha negativ effekt. De klientene der dette er tydeligst, er karakterisert ved:
 - Høyt aggresjonsnivå, som kan være en beskyttelse mot følelsen av å gå i oppløsning, bli tilintetgjort, eller total avmakt.
 - Hukommelsesbilder som innebærer psykisk nederlag og opplevelse av å ikke ha noen innflytelse på situasjonen.
 - Følelse av å ha blitt fremmedgjort og permanent ødelagt av traumet.
 - Manglende evne til å gjenkalle sammenhengende, ikke fragmenterte hukommelsesbilder mens man gjennomgår traumet i behandlingen.
 - Problemer med selvregulering. Dette kan ses i form av problemer med å sette grenser for inntak av mat eller rusmidler, og problemer med søvn og regulering av aktivitet.

Et viktig poeng er at man må velge andre tilnæringer til behandling av denne type problemer (Van der Kolk et al., 1996).

Retraumatisering

Personer som så å si har begynt livet med å bli traumatisert, vil ofte komme inn i et mønster av stadig retraumatisering. Det er viktig å se hvordan traumet gjentar seg, og sikre at ikke behandlingen også blir en repetisjon av traumet. Det finnes eksempler der individer har opplevd at behandlingsapparatet iscenesetter gjentakelser av traumet. I verste fall skjer dette reelt, men det er ille nok for klienten å sitte igjen med en bekreftet opplevelse av å ikke kunne slippe fri fra de traumatiske opplevelsene: «Du er et offer».

Gjentagelse av traumet har større sannsynlighet for å oppstå i situasjoner der reglene er uklare, under omstendigheter som er hemmelige, og under betingelser der

ansvarsområdet er uklart. Klientene er ofte ekstremt sensitive i forhold til regler, grenser, kontrakter og gjensidige ansvarsområder.

Det er slående hvordan enkelte klienter går fra det ene traumet til det andre. Manglende evne til å trekke seg ut av situasjoner som kan bli truende, er en viktig faktor i dette bildet. De blir værende der andre ville gått, offer for sin underliggende læring som går ut på å tilfredsstille andres behov. Noen ganger kan de også oppleve andre mennesker, inklusive terapeuter, som reelle eller potensielle overgripere. Terapeuter kan som andre mennesker bli offer for proaktiv identifikasjon og gå inn i rollen som overgripere, dersom de ikke analyserer egen motoverføring. Retraumatisering kan skje i form av mangel på respekt for avtaler, maktovergrep, uklare sosiale grenser mellom terapeut og klient og i verste fall, seksuelle overgrep.

Det er mange behandlingsmessige utfordringer i forhold til behandling av tidlige seksuelle traumer (Kompleks PTSD). Kroppen synes å fortrenge så lenge den har behov for det. Når tilstrekkelig trygghet er etablert, og evnen til å tåle smerte er blitt tilstrekkelig utviklet, vil individet kunne huske traumatiske opplevelser spontant, eller som resultat av tilfeldige hendelser. La oss understreke at vi er skeptiske til fremkalling av potensielle traumer ved hjelp av hypnose eller ledet assosiasjon, fordi en som terapeut kan bidra til å utvikle falske hukommelsesbilder. Kombinasjonen av mangel på selvbiografisk hukommelse, kontinuerlig dissosiasjon, mangel på integrerende kognitive skjemaer for meningsdannelse, offeridentifikasjon, opplevelse av hjelpeløshet og av å være forrådt, kan gjøre slike klienter mottakelige for suggesjoner og konstruksjoner av forklaringer som ikke står i forhold til de reelle hendelsene som måtte ligge til grunn for problemene. Å vente til klienten selv er klar, blir som når en får et fremmedlegeme under huden: Den erfarne terapeut venter og lar kroppen selv gjøre seg klar til å støte fremmedlegemet fra seg.

Seksuelle problemer som resultat av misbruk og overgrep

Det vil være en rekke eksempler på generelle problemer forårsaket av traumatiske opplevelser:

- Tap av personlig historie.
- Problemer med generell livsfunksjon, angst, depresjon, selvmord og spiseforstyrrelser.
- Selvskading, kroniske smertetilstander og rusmisbruk.
- Seksuelle problemer, som er tema for denne artikkelen.

Individer som har opplevd seksuelt misbruk som barn, vil representere et vidt spekter av problemer, ressurser, mestringskapasitet og langsiktige skadevirkninger. Mange kan være velfungerende personlig, sosialt og seksuelt, men likevel ha avlukkede rom innenfor disse områdene, forbundet med smerte, hukommelsestap, manglende integrering, selvreguleringsproblemer og selvskading.

Generelle problemer etter overgrep

- Lav selvfølelse
- Negative hukommelsesbilder
- Maktesløshet
- Forsvarsberedskap
- Gjentakelse av traumet
- Problemer hos partner

A fikk sammenbrudd med angstanfall, kom til psykolog og ble etter hvert innlagt ved Modum Bad. Minnene om overgrepene kom flommende inn over henne mens hun var innlagt der. Hun husket overgrep fra en nabo fra hun var 12 til hun var 18 år gammel. Hun gjennomgikk individualterapi i fire år før hun søkte hjelp for å etablere sin voksne seksualitet på egne premisser.

B var 65 år før hun husket overgrep da hun var fire og da hun var 13 år gammel. Hun var fortalt av en gammel nabo at hun nok hadde vært utsatt for overgrep da hun var fire år. B husket først og fremst uhyggelige bilder, ensomhet og redsel. Hun husket ikke overgrepene, men skjønnte hvor de må ha foregått. Hun husket imidlertid nå at hennes eldre bror misbrakte henne en periode mens hun var 13 år og han 17 år gammel. Senere gikk hun inn i en bemerkelsesverdig tjenende rolle i forhold til ham. I tillegg til å passe egen jobb og eget hybel, stelte hun hans hybel, laget mat for ham og vasket klærne hans. Hun fortalte sin historie til nære venner som hun stolte på, og hun ble henvist til psykolog.

Seksuelle problemer på det følelsesmessige plan

- Manglende seksuell lyst
- Seksuell aversjon
- Seksuell fobi
- Manglende opplevelse av å eie sin egen seksualitet
- Grensesettingsproblemer
- Frykt for å bli borte
- Redsel for å være overgriper selv

Mange opplever at egne følelser og egne behov ikke betyr noe. Den første som gjorde oss oppmerksom på hvordan dette oppleves for partner, var en kvinne i et lesbisk parforhold. Hun følte at hun ble satt i overgriperens rolle. Det var ikke noe gjensidig samspill i seksualiteten. Hun kom til et seksuelt koldtbord: «*Bare forsyn deg du, jeg serverer!*»

Dersom en har blitt introdusert til seksualiteten gjennom et misbruksforhold, vil en lett etablere en forestilling om at seksualitet i seg selv er forbundet med overgrep. Selv om en har en intellektuell kunnskap om at seksualitet er en likeverdig del av et kjærlighetsforhold, vil en ha en annen kroppslig erfaring, og oppleve seksualiteten som truende og farlig.

Ofre for seksuelle overgrep vil ofte ikke vite hvor grensene går, fordi de ikke har lært samspillet i «forhandlingene» mellom to likeverdige parter. Resultatet er at grenser blir enten – eller: Enten stenger en alle seksuelle følelser ute, eller en åpner opp for promiskuøs seksuell utagering. Partnere kan bli skremt av slike skift og av mangelen på samspill. Det gjør det vanskelig å etablere faste parforhold.

C mener at hun har vært seksuelt misbrukt av far, men har uklare bilder. Slik hun beskriver dem, høres det ut som følelsesmessige grenseoverskridelser, seksuell berøring som ledd i at far har tilfredsstilt egne følelsesmessige behov for kontakt.

C opplever nærhet og intimitet som vanskelig, og unngår å utvikle kjæresteforhold i tenårene. I perioder kan hun gå ut på bar og by seg frem for menn. Hun har sex med dem og lar dem fornede seg. Hun har også sex med kvinner, og lar dem bruke seg. Der det utvikles krav om følelsesmessig tilstedeværelse, opplever hun et sterkt fysisk ubehag. I den grad hun har anledning til det, trekker hun seg ut av situasjonen.

D opplevde kåthet som et forræderi. Kåtheten tilhørte overgriper, og var forbundet med overgrep. Partneres kropp opplevdes som forskjellig fra egen kropp, på parti med overgriper. D ble misbrukt av sin far fra hun var 8 til hun var 16 år gammel. Han kom inn på rommet hennes mens hun sov og voldtok henne. De første årene tvang han henne til å suge penis sin, og hun husker at hun fikk sæden i ansiktet. Hun blir fremdeles uvel ved lukten av sæd. Hun kan i dag ha sex med mannen sin, men er avhengig av at han bruker kondom og at han dusjer etter samleie. F forbandt seksualitet med skam og konflikt. Han kunne ikke koble seksualitet og kjærlighet.

Mange kan ha et velfungerende seksualliv så lenge det innebærer overfladiske følelsesmessige kontakter. Samtidig kan de oppleve en reaktivering av overgrepet når de beveger seg dypere ned i eget følelsesliv.

A: Problemene begynte da de giftet seg. P-pillen tok lysten vekk: «Jeg kjenner meg som et seksuelt vesen. Jeg har lengsler og lyster – inni meg et sted – det er vanskelig for meg å gi meg lov til å ha lyst. Jeg har lyst og blir tilfredsstilt, men det er på en måte ikke med åpne øyne.»

G: Overgrepstraumet ble først beskrevet da paret kom i terapi på grunn av hans manglende lyst.

H: Opplevde at problemene kom da hennes egen datter var på alder med henne selv da overgrepene begynte.

F: De seksuelle problemene begynte da forholdet ble mer seriøst. Ingen tenningsproblemer det første året.

I: Problemene begynte etter en tid.

«Forbandt seksualitet med skam og konflikt, og kunne ikke koble seksualitet og kjærlighet»

Seksuelle problemer på det kroppslige plan

- Manglende kontakt med egen kropp
- Smerter ved seksuell aktivitet
- Vaginisme
- Ereksjonsproblemer
- Orgasmeproblemer
- Ejakulasjonsproblemer

Det opprinnelige traumet kan bli reaktivert gjennom kroppslige og følelsesmessige assosiasjoner. Dette kan skje ut fra rent fysiske sensasjoner, som ved fysisk berøring, eller visuelle assosiasjoner, som synet av penis eller av mannekroppen, lukten av sæd eller berøring av brystvorter.

A: Hadde vanskelig for å kjenne lyst i kroppen. Var ikke «med» på seksualiteten som de har nå. Kroppen gikk for egen maskin. Husket ikke at hun kjente vellyst. Hun hadde mye smerter i kroppen. Gikk til psykomotorisk behandling i flere år. Hun hadde dissosiert under overgrepene, og koblet ikke problemene til overgrepene.

G: Var over femti år før han fortalte noen om sin overgrepshistorie. Han følte ubehag og trakk seg unna når kjæresten berørte brystvortene hans. I gjennomgang av traumehistorien kom det frem at overgriper rutinemessig hadde sprøytet sæd over brystet hans, for så med penis å gni sæden ut omkring brystvortene. Reisningsproblemer. Opplevde at kroppen nektet å være med i seksualiteten som han ønsket.

Seksuelle problemer på det kognitive plan

- Forstyrrende hukommelsesbilder
- Påtrengende og ubehagelige minnesbilder (flashbacks)
- Gjentakelse av traumeopplevelsen ved at seksualitet blir negativt fortolket og opplevd også i nåtid
- Vonde hemmeligheter

Er det vanskelig å integrere overgrepsopplevelsene, blir ofte ikke bare selve overgrepet borte, men også hele perioder av livet. Mange forteller i terapi at de ikke husker noe fra barndommen. Når vi går inn på historien, viser det seg ofte at hukommelsesbilder dukker opp, slik at den personlige historien blir mer og mer komplett, men fremdeles kan selve overgrepshistorien være utilgjengelig. Overgrepene kan dukke opp som flashbacks, som ubehagelige usammenhengende bilder av overgrep.

J hadde siden hun var 11 år vært behandlet for tvangstanker og tvangshandlinger. I perioder var hun relativt lite plaget av slike tanker og handlinger, men det var en tendens til forverring i forbindelse med forelskelse og seksualitet. Da hun ble 17 år gammel begynte hun å fortelle at hun ikke ønsket å bli 18 år. Hun hadde ikke lyst til å bli voksen fordi hun følte at det var så mye hun ikke hadde fått gjort i barndommen. Som terapeuter oppmuntret vi familien til å gjøre hyggelige ting sammen. Det viste seg for eksempel svært vellykket å dra på hytteturer, der J boltret seg sammen med sin fire år yngre bror. J søkte til sitt gamle soverom i nærheten av resten av familien. Hun hadde også mye angst og søkte trygghet gjennom kontakt med foreldrene. I denne perioden begynte J å huske overgrep fra barnehagen, fra hun var tre år gammel. Hun vegret seg først i forhold til minnene, som hun gråtende fortalte til mor. Etter hvert kom flere bilder, men de var uten mening, bare fragmenter av bilder og kroppslige fornemmelser. De var forbundet med sterkt ubehag, og var seksuelt ladete. Foreldrene opplevde datterens opplevelser som forståelige i forhold til hennes senere reaksjoner på den samme barnehagen, den førskolelæreren det dreide seg om, og hennes senere angst i forhold til å gå inn i fremmede situasjoner uten foreldrenes tilstedeværelse.

K: Orket ikke se sammenhenger. Hun hadde problemer med å se kontinuitet i en historie, hun vil helst se erfaringer i fragmenter. Kunne ikke fortelle sin egen historie.

Problemer med å integrere ulike nivåer av hukommelsen

Selv i en ikke-klinisk populasjon, eller hos klienter som ikke har vært utsatt for overgrep, ser vi mange problemer i forhold til å integrere kroppslige, følelsesmessige og kognitive aspekter av seksualiteten. Vi lever i en kultur som er lite behjelpelig i forhold til å lære om og utvikle egen seksualitet på en åpen og positiv måte. Slik sett vil mange av oss belastes av tilbakeholdstraumer, der vi opplevde noe sterkt som vi samtidig forsto at vi ikke skulle snakke om. Personer som kommer til terapi har en unik anledning til å utforske og lære om områder som resten av kulturen forholder seg taus eller avvisende til. Dette er en taushet og en avvisning som i seg selv og for alle representerer en gjentakelse av tilbakeholdstraumet. Vi er i et felt som er felles for alle mennesker, men hvor smerten hos den enkelte blir den motiverende faktor i forhold til å iverksette traumebehandling. I dette perspektivet kan en se hukommelse som en ressurs som hvert enkelt individ forvalter i tråd med sin egen følelseshusholdning.

«Vi lever i en kultur som er lite behjelpelig i forhold til å lære om og utvikle egen seksualitet på en åpen og positiv måte»

Problemer som oppstår når den som har vært gjenstand for overgrep er mann

En samlet vurdering av overgrepshyppighet tilsier at omtrent 15 % av alle kvinner har vært utsatte for seksuelle overgrep, mens tallene for menn ligger i området 5–14 % (Gianotten, 2002). Et traume er et traume, og er det komplekst vil det legge grunnlag for komplekse problemer, uansett hva slags kropp eller kjønnsopplevelse den misbrukte måtte ha. Kulturelt sett er det imidlertid en forskjell mellom kjønnsmajoritetene. Vi kan se en gradering av tilbakeholdstraumet fra det som gjelder oss alle i en kultur som er taus omkring seksualitet, gjennom personer som har lidd seksuell overlast og pålegger seg selv taushet i forhold til dette, til dem som i kraft av kjønn er pålagt en ytterligere barriere i forhold til å la sine erfaringer komme til uttrykk: «Gutter gråter ikke», «Gutter er tøffe», «Gutter er sterke». Det oppstår et tillegg til det alminnelige tilbakeholdstraumet hos gutter/menn som har vært gjenstand for seksuell overgrep. På den ene siden er de gutter/menn, og det gir mindre kulturell anledning til å snakke om følelsene sine. I tillegg oppleves det enda mer skamfullt ikke å ha vært i stand til å stå imot, si nei, eller slå tilbake. Overgripere er oftere menn enn kvinner. Det gir gutten/mannen et tilleggsproblem. Han kan føle usikkerhet i forhold til egen seksuell orientering. Så lenge samfunnet er heterosexistisk i den forstand at heteroseksualitet rangeres som bedre enn homoseksualitet, vil dette representere en tilleggsbelastning. Det er viktig at menn som har vært gjenstand for overgrep får sin plass i beskrivelser av seksuelle traumer, ellers bidrar vi til bekreftelse og reaktivering av tilbakeholdsproblemet.

Parproblemer

Man kan velge en partner som ikke er seksuelt truende: Parforhold kan paradoksal nok baseres på manglende seksuell tiltrekning, fordi det da blir lettere for den som har vært utsatt for seksuelle overgrep å ha kontroll. I behandling av personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep, kan vi se at vedkommende kan etablere et positivt forhold til egen seksualitet, men ikke i forhold til den partneren de i utgangspunktet har valgt seg.

Kåtheten kan oppleves som uttrykk for overgripers seksualitet: Den som har vært utsatt for overgrep frykter både sin egen og partners kåthet, fordi den identifiseres med negative opplevelser. Det er ikke mulig å kjenne at kåtheten kan stå i en positiv seksuell sammenheng, og alle tilløp til seksuell tenning avverges.

Partnerens spontanitet kan diskvalifiseres: Partneren lærer å passe seg, lærer å se på sin egen seksualitet som truende og farlig for den andre. Hans/hennes tenning og lyst blir oppfattet som et krav, istedenfor som uttrykk for normal kåthet og tiltrekning.

Partner kan bli gjort til potensiell overgriper: I mange tilfeller har partneren vanlig seksuell tenning, mens den som har vært utsatt for overgrepstraumet opplever den samme seksualiteten som farlig. Da vil det i samspillet mellom de to være vanskelig å skille mellom hva som er normal og positiv seksuell kåthet og hva som er overgrep. Mange partnere opplever at de blir oppfattet som overgripere når de presenterer sin seksuelle lyst, og lærer seg å holde igjen på denne. En del menn resignerer seksuelt i

slike situasjoner, og utvikler en form for reisningssvikt som vi har kalt *resignert penis syndrom* (RPS).

Overdreven respekt for overgrepstraumet

En del par går inn på avtaler om at seksuell kontakt skal baseres på kvinnens initiativ (om offeret er en kvinne). Dette innebærer at mannen (dersom partner er en mann) må forholde seg så passiv som mulig. Kvinnen på sin side opplever et press om å mobilisere seksuell lyst. Det klarer hun ikke, fordi kåthet er forbundet med overgrep. Konsekvensen er i mange tilfeller total mangel på fysisk kontakt, eller at kvinnen bruker sin erfaring med å koble ut egne følelser for å kunne tilfredsstille mannen. Dette opprettholder selvfølgelig traumet.

Adam og Eva er et par som tok kontakt etter at Eva i flere år har gått i individualterapi på grunn av seksuelle overgrep i barndommen. Eva hadde blitt seksuelt misbrukt av sin far, og hun brukte lang tid på å gjennomgå dette, både i forhold til familie, venner og terapeuter. Adam og Eva fungerte godt som par sosialt, i forhold til barn, i forhold til å administrere livet generelt, og de var gode kamerater. Problemet var at de bare kunne ha god sex ca. en gang i måneden, «når alle hormonene sto i den mest mulig gunstige posisjon», som Eva uttrykte det. Dersom hun merket den minste ulyst, opplevde hun straks seksualiteten som et overgrep. I enkelte tilfeller klarte hun også å dissosiere, slik at hun kunne stille kroppen sin til disposisjon, uten at hun involverte seg selv eller sine følelser. Dette var lite tilfredsstillende for begge parter. Vi brukte lang tid på å komme frem til at vi skulle iverksette seksualterapi. Det var allerede avgjort at paret skulle ha to terapeuter, for å kunne ivareta begge interesser best mulig under veis. Selv om problemene deres sannsynligvis var svært påvirket av Evas barndomsopplevelser, hadde de utviklet et samspill som opprettholdt og forsterket problemene. Dermed fikk også Adam et ansvar. Han hadde for eksempel en tendens til å være uklar i forhold til grenser. Adams forsvar var å trekke seg tilbake og gjøre seg følelsesmessig utilgjengelig. Eva foretrakk et tydelig og klart språk, mens Adam kunne bli ullen i sine uttrykk.

Partneren innstiller sin seksualitet etter den andres problemer

Som partner til en person som har opplevd seksuelle overgrep, kan det være vanskelig å tolke signalene som blir gitt som del av et seksuelt samspill. Projektiv identifikasjon kan bidra til at partneren faktisk går inn i overgriperens rolle. Vi har opplevd noen eksempler på slike parforhold, der de som har vært gjenstand for overgrep søker hjelp fordi de ikke klarer å frigjøre seg fra misbruksforhold.

«Mange partnere opplever at de blir oppfattet som overgripere

når de presenterer sin seksuelle lyst»

Det viser seg ofte at de har en historie av misbruksopplevelser bak seg. For en del partnere oppleves det som skremmende å bli oppfattet som overgriper. Dette kan uttrykkes helt eksplisitt:

I's partner: ... jeg er redd for å bli oppfattet som overgriper når jeg har sex med henne, ... jeg velger å holde tilbake mine seksuelle behov, jeg er redd for å vise at jeg har lyst på sex, ... jeg er svært tilbakeholdende med å vise henne min kåthet.

Konklusjon

I vår kliniske praksis har vi i løpet av de siste fire-fem årene i økende grad blitt oppmerksomme på seksuelle problemers sammenheng med tidlige traumeopplevelser, og nødvendigheten av å integrere erfaring fra traumebehandling i seksualterapi. Det er ca. tyve år siden at behandlere som en del av almenheten for alvor ble oppmerksomme på seksuelle overgrep som en type erfaring som preget mange av klientene som kom til behandling for psykiske og somatiske problemer. Man har i disse tyve årene utviklet kompetanse i forhold til å behandle selve overgrepstraumet. De parene som har kommet for å få hjelp med sine seksuelle problemer, har ofte vært i behandling i flere år før de kommer til behandling for seksualitetens skyld. Som regel har denne behandlingen fokusert på den som har vært utsatt for overgrep, og vedkommende kan være grundig lei av å bli oppfattet som «årsak» til alle problemene i ekteskapet og i seksuallivet. I de tilfeller de har vært i parterapi, har de ofte opplevd at terapeutene bare har fokusert på kommunikasjon mellom partene. Noen av våre par har nærmest «bachelor-grad» i mestring av ekteskapelige konflikter. Vi opplever som terapeuter at den evnen til å reflektere og sette ord på følelser som mange av disse parene har, har vært uvurderlige for oss i forhold til å kunne forstå all den smerte som preger livene til tilsynelatende velfungerende mennesker, og til å kunne jobbe frem kompetanse i forhold til å møte dem. Vi vil i neste artikkel (Almås & Benestad, i trykk) beskrive terapeutiske erfaringer basert på par vi har hatt i terapi de siste årene, der seksuell traumatisering har vært en viktig del av problemene med egen seksualitet.

Elsa Almås

Grimstad MPAT-Institutt

Storgaten 42, 4876 Grimstad

Tlf 37 25 81 00

E-post elsa.almaas@sexologi.com

Traumatized persons often don't own their sexuality. Without adequate treatment, many of these persons have difficulties in establishing their sexuality with new partners based on their own conditions, even long after the traumatic experiences have taken place. This article describes how sexuality can be affected by dissociation on different levels: cognitive, emotional and physical. It also describes how sexual problems can result from sexual traumatization. The authors explain how a combination of sexology and trauma theory can assist in understanding these problems.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 1, 2004, side 2-9

TEKST

Elsa Almås, professor i sexologi

Esben Esther Pirelli Benestad, Lege, familieterapeut og professor i sexologi ved Universitetet i Agder

+ **Vis referanser**

Referanser

Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2003). Behandling av seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Del 2: terapeutisk tilnærming. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, i trykk.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: APA.

Cameron, A. (1990) Barn av sitt folk. Oslo: Tiden Norsk Forlag.

Feldman, H. A., Goldstein, I., Dimitrios, G., Hatzichristou, Krane, R. J., & McKinleay, J. B. (1994, January). Impotence and its medical and psychological correlates: Results of The Massachusetts Male Aging Study. The Journal of Urology, 151, 54-61.

Gianotten, W. (2002). Forelesning ved Høgskolen i Agder, 2002.

Hertoft, P. (1987) Klinisk sexologi (3. utg.). København: Munksgaard forlag.

Van der Kolk, B., McFarlane, A. C., & Weisæth, L. (1996). Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: The Guilford Press.

Kaplan, H. S. (1974). The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel.

Master, W. S., & Johnson, V. E. (1970). Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown and Company.