

# Behandling av seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer

## Del 2: Terapeutisk tilnærming

Artikkelen beskriver terapi rettet mot å gjenvinne voksen seksualitet på egne premisser etter at traumebehandlingen er avsluttet. Det er nødvendig å bruke metoder beskrevet i seksualterapi tilpasset erfaringer fra behandling av seksuelle overgrep.

### TEKST

**Elsa Almås**

**Esben Esther**

**Pirelli Benestad**

**PUBLISERT 1. mars 2004**

### ABSTRACT:

Treatment of sexual problems in persons who have experienced sexual trauma.

Part two: Therapeutic approaches

A great variety of new therapeutic skills have emerged through the many therapeutic sessions counsellors have had with victims of sexual offences. Nevertheless, counsellors have still to face new challenges arising in this particular field. For example, how do we help couples - where one or both persons have been victims of sexual abuse - to establish sexual relationships on their own terms, without interference from the perpetrator? Even though one or both persons have undergone therapy focused primarily on the traumatic sexual history, the person's sexual «story» is still incomplete. Sexual interactions within the relationship are still marked and influenced by the same history of sexual offence. This article focuses on therapeutic work with sexually traumatized couples. It describes ways in which counsellors can interact with couples who are endeavouring to establish satisfying sexual relationships based on sexual experiences modified by the understanding of complex trauma.

EMNER

seksualitet

terapi

traumer

Traumatisering som resultat av seksuelle overgrep, har i flere tiår vært gjenstand for terapeutisk behandling. Mange terapeuter har imidlertid avsluttet behandlingen når det opprinnelige traumet har vært bearbeidet. Terapeuter har i liten grad vært

oppmerksomme på at utviklingen av egen seksualitet blir forstyrret av seksuelle overgrep, og i tillegg også av den taushet som pålegges ofre for overgrep. Denne tausheten kan være pålagt av overgriper: «Dette må du aldri fortelle noen!», eller av omgivelsene, ved den generelt manglende åpenhet omkring seksualitet. I en tidligere artikkel har vi beskrevet konsekvenser av seksuelle overgrep (Almås & Benestad, 2003). Denne artikkelen beskriver behandling med sikte på å reetablere voksen seksualitet på egne premisser etter at traumebehandling er avsluttet. I dette arbeidet er det nødvendig å gjøre bruk av metoder som er beskrevet i seksualterapi (Almås & Benestad, 1997; Hertoft, 1987; Langfeldt, 1993; Lundberg, 2002; Schnarch, 1997), modifisert ved at man også trekker inn erfaringer fra traumeterapi (van der Kolk, McFarlane & Weisæth, 1996).

### **Forutsetninger for seksualterapi**

Mange terapeuter opplever at de ikke har et profesjonelt forhold til seksualitet, og viker unna denne delen av klienters problemer. Dette ser vi som en forståelig, men beklagelig mangel i det terapeutiske tilbudet. Det kan sammenlignes med at leger ikke skulle kunne forholde seg til blodtrykk hos sine pasienter. Mange klienter presenterer symptomer som representerer underliggende, og ofte skjulte seksuelle problemer. Behandling av disse blir ofte både overfladisk og utilfredsstillende for klient såvel som for terapeut.

I den første, akutte fasen av bearbeiding av seksuelle overgrep, er det lite hensiktsmessig å snakke om den seksualiteten en opplever i sitt nåværende liv. Det er viktig å skille historien om overgrep fra historien om egen seksualitet. Når en kjenner på overgrepsopplevelsene er det viktig å plassere dem i fortid, som del av overgriperes grenseløshet. For å kjenne på egen seksualitet, er det viktig å ha en opplevelse av rett til egne grenser og mulighet for å erkjenne og definere egne følelser.

I denne artikkelen vil vi konsentrere oss om seksualterapi med individer som lever i parforhold, der vi forholder oss til utvikling av nye mønstre for seksualitet. I den delen av behandlingen som omfatter seksualterapi forholder en seg ikke til selve overgrepshistorien, men til den historien som har utviklet seg som en del av parforholdet. Mange som har vært utsatt for overgrep, opplever at det alltid er dem oppmerksomheten rettes mot. Det er de som må bære ansvaret for problemene i parforholdet og byrden ved å gå i terapi. Når vi starter seksualterapi, understreker vi at behandlingen tar sikte på å bearbeide det seksuelle samspillet i parforholdet. Selv om bare den ene har vært offer for seksuelle overgrep, ser vi ofte at begge parter kan ha blitt påvirket av det opprinnelige traumet på en slik måte at uhenktsmessige seksuelle samspill er etablert.

For å starte seksualterapi bør følgende forutsetninger være oppfylt for klientens del:

- Tidligere traumehistorie bør være bearbeidet.
- Aktuell livssituasjon bør være rimelig trygg og uten store belastninger.
- Det bør ha skjedd en psykisk konsolidering i ny livssituasjon.
- Klienten bør være klar til å etablere seksualitet med nåværende partner.

Terapeuten må føle seg trygg i forhold til å snakke om seksualitet, og ha sexologisk kompetanse i tillegg til sin generelle terapeutiske kompetanse.

Det er viktig å forholde seg til samspillet med den kulturen vi er en del av, en kultur som i stor grad bidrar til frustrasjon, smerte, manglende kommunikasjon og manglende positiv læring av seksualitet. Kulturen pålegger alle en taushet om de sterke følelsene og opplevelsene som har med seksualitet å gjøre, og den pålegger overgrepsofre en ytterligere taushet om dette «forferdelige» som de har vært utsatte for. Vi kaller dette generelle og spesielle tilbakeholdstraumer (Almås & Benestad, 2003). En konsekvens av disse traumene i samspill, er en betydelig grad av ordløshet eller ordfattigdom.

### **Etablere et rom det kan snakkes og arbeides i**

Vi betrakter terapirommet som et øvingsbane, der det er trygt å forsøke seg på å snakke om eller prøve noe som man ikke tør andre steder. De fleste som kommer til dette rommet opplever sin livssituasjon som kritisk, og kjenner behovet for å etablere et subjektivt territorium, samtidig som de opplever overgrepshistorien som en mørk kraft som fratrar dem selvbestemmelsesretten. Denne mørke kraften er ofte til stede i terapirommet, og må alltid tydeliggjøres, avgrenses og uskadeliggjøres eller nøytraliseres når den dukker opp. Terapirommet er for mange det første sted de kan føle seg trygge på mange, mange år. Terapeuten(e) blir i begynnelsen garantister for trygghet, og det terapeutiske arbeidet består i å bidra til at tryggheten utvikles og blir en del av klienten( e)s autonomi. Utgangspunktet for trygghet er terapeutenes kompetanse, profesjonalitet og respekt for klientenes autonomi og integritet.

G: Det er godt at denne delen av terapien foregår i et annet rom, det gjør det lettere å skille – dette er en helt annen historie.

### **Respekt og trygghet**

Respekt og trygghet er en selvfølge i alle former for behandling. Ikke desto mindre har vi hørt altfor mange historier, der klienter som har vært utsatt for overgrep, har dissosiert og ikke klart å fortelle noen historie. Istedenfor har de presentert kroppslige symptomer, avvergereaksjoner, angst, depresjon eller aggresjon. I en medikalisert, psykiatrisk tradisjon har en vært mer opptatt av symptomer og diagnoser, enn de personlige historiene som ligger bak symptomene. Klienter forteller skrekkehistorier om medisiner, enten ved at de har fått en resept på Viagra i hånden uten noe mer oppfølging, eller at de har fått ulike former for psykofarmaka for å dempe reaksjonene. Respekt innebærer at en møter klienten som et likeverdig menneske, uten å distansere seg ved bruk av diagnoser eller andre ritualer som forsterker skillet mellom «de syke» og «de friske». Trygghet innebærer at det skapes et klima der det er mulig å gi fra seg noe av de uhenksomme reaksjonene en har utviklet for å beskytte seg selv. Det er også et rom for utvikling av nye historier, historier som for eksempel bekrefter evnen til å bli stående på tross av de stormer en har blitt utsatt for. Utvikling av slike «seiershistorier» løper parallelt med at klientene får nye perspektiver på sitt eget liv.

L: Det gikk så mange år før jeg kunne snakke. Jeg kan fremdeles kjenne reimene fra psykiatrien rundt håndleddene.

G: Jeg fikk en resept på Viagra. Da tenkte jeg at det er slutt på seksualiteten for mitt vedkommende.

### **Tydelige avtaler og grenser**

Personer som har vært utsatt for alvorlige overgrep, er ofte svært sårbare og tolker uklare signaler som faresignaler. Dersom terapeuten nøler med å sette opp klare avtaler, kan det oppleves som manglende engasjement. Hvis grensene blir utydelige, kan klienten oppleve dette som invasjon, og en forpliktelse til å tilfredsstille terapeutens behov. Der terapeuten ikke klart tar ansvar og signaliserer at dette er trygt for terapeuten, vil klienten raskt komme til å skåne terapeuten for ubehagelig informasjon, som kan være vesentlig for å få et bilde av hva problemet dreier seg om.

L: Når du ikke kommer tilbake til det vi ble enige om sist, blir jeg utrygg. Kanskje du ikke vet hva du holder på med?

### **Tid**

Tidsapektet er viktig, når det gjelder «timing» og gi tid til at prosessen får utvikle seg i et trygt tempo. Det er ofte nødvendig at det har gått en viss tid etter at tidligere terapi er avsluttet.

D: Jeg ville aldri kunnet snakke om dette for ti år siden, da overgrepene først dukket opp. Det er godt å ha fått anledning til å bearbeide dem og bygge seg opp et liv før jeg tar fatt på dette.

M's partner: Det var bra vi ikke fikk time før. I fjor var hun så nedfor at hun hadde nok med å komme gjennom depresjonen.

G: Det var først da jeg kom hit med min manglende seksuelle lyst og du spurte meg om min seksuelle historie at det ble klart for meg at jeg måtte fortelle om overgrepene. Det tok mer enn førti år å komme dit!

### **Forpliktende behandlingskontrakt**

I forhold til bearbeiding av seksuelle traumer, og etablering av ny seksualitet på klientenes premisser, er det helt klart at terapeuten er ekspert. Ekspertisen ligger i kunnskap om behandlingsteknikker, kjennskap til muligheten for retraumatisering, og erfaring med den terapeutiske lærings- og modningsprosessen. Ekspertise ligger ikke i kunnskap om hva som vil være god seksualitet for nettopp denne personen, ikke i kunnskap om hvordan nettopp han eller hun kommer frem til mål som kan være tilfredsstillende for ham eller henne, ikke i forhold til hver enkelt klients spesielle historie.

Ofte er det nødvendig å bruke flere terapeutiske tilnærminger samtidig (Almås & Benestad, 1993). Tidvis opplever vi at helt nye fremgangsmåter og grep utvikler seg i

rommet mellom oss og våre klienter. I behandling av en ingeniør, ville vi ha tak i hva som var hans metode for å løse et tilsynelatende umulig problem. «Da innfører jeg bare en ny dimensjon,» sa han. Dette ble en metode vi kunne bruke både i forhold til ham og til mange andre.

Forståelse av problemet krever en helhetlig tilnærming. Dette innebærer ikke en forestilling om at en enkelt terapeut kan det hele, men en erkjennelse av egne terapeutiske ressurser og begrensninger samt kjennskap til hvem som kan bidra med det vi trenger i tillegg. Noen ganger kan det være nødvendig å hente inn kunnskap fra gynekologisk undersøkelse, hormonanalyser, generell kroppslig undersøkelse eller psykomotorisk vurdering.

**«Seksualiteten skal oppdages,  
aksepteres og verdsettes»**

### **Individualterapi for å bevisstgjøre seksuelle behov**

Personer som har lært om seksualitet gjennom overgrep, har ofte liten bevissthet om egne behov. Da kan det være nødvendig å arbeide en fase i individualterapi med å bevisstgjøre disse. I dette arbeidet tar vi utgangspunkt i det vi kaller S-O-I-modellen, som forholder seg til spillet mellom de tre aspektene *subjekt, objekt og instrument*. Modellen settes opp som en trekant, der de tre aspektene danner sidene i trekanten. Subjektsiden omfatter individets egne ønsker, behov, idéer, drivkrefter, lyster og impulser. *Objektsiden* beskriver hvordan individet presenterer seg som objekt for verden, hvordan andre oppfatter personen som objekt, og hvordan individet blir objekt for seg selv. *Instrumentsiden* dreier seg om individets instrumentelle funksjon: kroppsfunksjon, ferdigheter og talenter.

Disse tre sidene står i samspill med hverandre. Ofte ser vi at Objekt- og Instrumentsidene tar langt større plass enn Subjektsiden. Det kan være nødvendig å bevisstgjøre og utvide Subjektsiden hos personen. Dette gjør vi blant annet ved å bevisstgjøre seksualiteten: Seksualiteten skal *oppdages*, seksualiteten skal *aksepteres* og seksualiteten skal *verdsettes* (Almås, 1987). Objekt delen må stå i subjektets tjeneste, den må i mindre grad styres av reelle eller forestilte krav og krefter utenfra.

### **Mål i individualterapi**

Her er noen sentrale mål i individualterapi:

- Subjektiv opplevelse av egen seksualitet.
- Subjektiv opplevelse av og tolkning av kroppslige sensasjoner.
- Generell bevisstgjøring av egne sansepreferanser.
- Integrering av seksualitet i den personlige historien.
- Diskusjon av skyld og skam.
- Identifisering av den seksuelle kulturen: ulike oppfatninger av hva seksualitet er, og egne oppfatninger.

- Identifisering av seksuelle stimuli: egne preferanser.
- Identifikasjon av seg selv som seksuelt subjekt: Hva slags seksuell person er jeg?
- Opplevelse av å eie egen seksualitet.

## Sanseuker

Både i individual- og parterapi jobber vi med bevisstgjøring av sanser. Sansene er viktige forutsetninger for seksualitet. Klientene får som ukeoppgave å kjenne på en sans. Vi begynner med fjernsanser og beveger oss gradvis mot de sanser som oppleves mest intime, for eksempel smak og berøring.

Første uke er temaet å se, se den seksuelle, sensuelle og erotiske kulturen omkring seg. Mange opplever at de blir overrasket over seg selv, og noen ganger også sine omgivelser, i arbeidet med denne oppgaven. Oppgaven gir en mulighet til å snakke om seksualitet på en noenlunde ufarlig måte: Hva liker du å se på, hvordan kan synsinntrykk gjøre deg innstilt på sex? Hvilke motforestillinger opererer en med når det gjelder visuelle erotiske signaler? Denne formen for «kulturkikking» er egnet til å bevisstgjøre oss ikke bare om egen, men også om andres seksualitet. Ikke minst gir den anledning til et bredspektret innblikk i at seksualiteten og sensualiteten faktisk finnes der ute.

Vi oppfordrer videre til en høre-uke. Hva kan øret oppfatte av seksuell kultur og seksuelle, erotiske uttrykk i nære og fjernere omgivelser? Hvordan er stemmeleiene, hvordan er samtalenes fortrolighet og nærhet? Kan musikk gi erotiske og/eller sensuelle assosiasjoner?

Hva med duft? Duft kan være fjern eller nær. En *lukte*-uke kan omfatte alt fra parfymer: dame-, manne-, intersexdufter, til lukten av partners og egne klær og kropp.

Å sammenlikne mat og spising med seksualitet er mer enn en metafor. Det er en kroppslig analogi. Vi spør: «Hva er din livrett?» Om svaret er at «all mat er like god», vet vi at vi har et større arbeid med bevisstgjøring av sanser foran oss. I forhold til mat har vi en for de fleste mennesker trygg grunn hvor det er mulig å bruke mange sanser, egen subjektiv opplevelse. Mat gir ikke bare en trygg anledning til å skille mellom godt og vondt, men også til å lage graderinger av det gode og vonde.

Berøring er den mest intime sansesfæren. Våre klienter får ukeoppgaver med *berøring*. Hva er trøstende, hva er støttende, hva er kjærlig og hva er erotisk berøring? Den som har blitt berørt på andres premisser trenger tid og bevisstgjøring i forhold til å kjenne på egne berøringsopplevelser og preferanser.

Subjektiv sansekompetanse er grunnleggende for utvikling av egen seksualitet, og selve sansingen gir næring til egen lyst og kåthet. Sansene må bevisstgjøres og trenes til å brukes i subjektets tjeneste. Seksuelle overgrep har altfor ofte ført til at sansene har vært brukt til å tilfredsstille andres behov!

## Parterapi

I parterapi, der den ene av partene har vært seksuelt traumatisert, har vi sett at det er nyttig å være to terapeuter. I perioder av terapien kan det være nødvendig å gi sterk

støtte og oppmerksomhet til den ene av partene, og da kan den ene terapeuten ivareta den andre parten.

Det er viktig å understreke at partene har ulike historier. Vi sier gjerne at vi driver med individualterapi med par, der målet er at begge skal gå ut av terapirommet som mest mulig hele personer. På det grunnlag vil de selv kunne avgjøre om de ønsker å gå videre som par eller hver for seg. I forhold til igangsetting av seksualterapi, er det en generell regel at det må foreligge en grunnleggende tiltrekning mellom partene. Mange ønsker å leve sammen som par, uten at de nødvendige følelsesmessige forutsetninger er til stede. Det kan være en sterk opplevelse, både for partene selv og for terapeutene, når par velger å gå fra hverandre, fordi de erkjenner at de ikke fungerer sammen seksuelt og med de følelser som er forbundet med dette, samtidig som de kan være mønstergyldige par på alle andre områder. Det en kan gjøre i terapi, er å legge til rette for at følelser som er der, kan møtes. Dersom slike følelser ikke er til stede, vil ingen terapi kunne hjelpe.

### **Seksuell livshistorie, forskjellig fra overgrepshistorien**

Parterapi begynner med en felles samtale, der terapeutene redegjør for det terapeutiske opplegget, og der man diskuterer om dette vil være en farbar vei videre. Vi baserer oss på Masters og Johnsons klassiske prinsipper for seksualterapi (Almås & Benestad, 1997, s. 509). I denne samtalen oppfordres begge partene til å skrive sin seksuelle livshistorie. Vi gjør det klart at de skal skrive hver sin historie, og at disse historiene er personlige og private, og ikke skal deles. De skal altså ikke lese hverandres brev. De blir bedt om å sende brevene til terapeutene, slik at det blir tid til å lese dem før neste samtale. Vi sier også at disse brevene er deres eiendom, og at de kan be om å få dem tilbake ved terapiens avslutning. Dersom vi beholder dem, vil de bli oppbevart i ti år, og deretter brent.

I forhold til individer der det har forekommet seksuelle overgrep, presiserer vi at de skal skrive historien om *sin seksualitet*, i den grad det er mulig, som *skilt fra og forskjellig fra overgrepshistorien*. I utvikling av den personlige historien kan en også gjøre bruk av hjelpemidler som bilder og andres fortellinger, for eksempel familie eller venners. For mange som har opplevd overgrep, er det en ny tanke at det skal kunne eksistere en seksualitet som er deres egen. Vi må gjerne bruke litt tid på å spørre om hva de har opplevd av seksuelle følelser i kroppen før overgrepet, om vanlige kroppslige seksuelle responser, om forelskelser, og egne sansemessige erfaringer og preferanser.

Den neste samtalen består alltid av individualsamtaler, der vi gjennomgår den seksuelle livshistorien. Her er det viktig at terapeuten holder tungen rett i munnen og holder seg til den seksuelle historien, ikke til overgrepshistorien! I denne samtalen kan en avklare om det er andre temaer som kan ha betydning, som ikke skal deles med partner, og altså ikke være temaer i fellessamtalene. Vi gjør det klart at begge terapeutene vil være informert, men at vi i visse situasjoner aksepterer at det er temaer som partene ikke vil dele. Noen ganger er dette selvfølgelig gjenstand for diskusjon, og temaet kan da eventuelt bringes inn når situasjonen er moden for det. Et klart problem, er de tilfeller

der der én eller begge parter har en annen seksualpartner. I slike tilfeller må dette avklares og andre forhold avsluttes, før vi går videre i terapien.

**«For mange som har opplevd overgrep, er det en ny tanke at det skal kunne eksistere en seksualitet som er deres egen»**

### **Modifikasjon av sensualitetstrening sinstruks**

Etter at individualsamtalene har konkludert med at vi går videre, møtes vi igjen til fellessamtaler, og i denne timen gir vi vanligvis en sensualitetstrening sinstruks (Almás & Benestad, 1997, s. 513). I forhold til traumatiserte personer er tilbøyeligheten til å skli tilbake i tid og assosiere til overgrepet, svært nærliggende. Vi anbefaler derfor at en styrker her-og-nå orienteringen ved å gjennomføre sensualitetsøvelsene med åpne øyne. Det kan også være nødvendig å ta små pauser der en snakker om dagligdagse ting. Partner lærer å bekrefte sin tilstedeværelse, og markere seg som en person som er foretrukket og valgt som seksualpartner. For å styrke kontakten mellom kroppslige og tankemessige prosesser, kan vi også anbefale at en skiftesvis skriver bokstaver og ord på ryggen til hverandre.

Tidskonfluens («time sliding») kan tydeliggjøres ved at en for eksempel spør: «Hvor gammel føler du deg når det skjer?» Vi skiller ikke bare i tid, men vi forsøker også å skille mellom *den voksne jeg og jeg som barn*: «Hvis du sklir tilbake nå, har du en voksenperson med deg – er det voksne jeg'et tilstede?».

### **Etablering av seksualitet på egne premisser**

Arbeid med voksen seksualitet innebærer at man forholder seg til de kroppslige hukommelsessporene som foreligger. Hertoft (1987) beskriver sensualitetsøvelsene som «sonder til katatype områder». Dette betyr at en lett kommer i kontakt med følesemessig ømme områder gjennom øvelsene.

I arbeid med seksuelt traumatiserte personer, er det viktig å legge ekstra vekt på her-og-nå-opplevelsen, fordi enhver seksuell situasjon så lett setter vedkommende tilbake til traumeopplevelsen. Selv en lett kroppslig berøring kan fremkalle vonde hukommelsesbilder eller konfliktfylte fysiske sensasjoner. Mange beskriver ubehag ved å ha et annet menneskes kropp inntil seg, synet av penis kan fremkalle vonde minner, likeså lukten av sæd, selv partnerens nakne kropp kan fremkalle vonde assosiasjoner. Det er derfor en vesentlig del av det terapeutiske arbeidet å lære å fokusere på hva en faktisk opplever her og nå i sensualitetstreningen.

### **Arbeid med språket**

A: «Det er vanskelig å finne ord – vanskelig å uttrykke. Det har vært vanskelig lenge – ikke skjønt det. Berøring og nærhet rent kroppslig er vanskelig. Blir



kroppslig avvisende.»

Klientens språk er ofte famlende. Terapeutens oppgave blir å bidra til at klienten utvikler et eget språk. Terapirommet blir en treningsbane for seksuelt språk. Terapeuten må derfor kunne bevege seg på flere språkmodi. Vi anvender konkrete ord for seksualorganer og seksualfunksjoner. Tidvis vil vi anvende finspråk, tidvis også det mer folkelige språket. Vi kan for eksempel si at «det er et stort rom mellom ingenting og samleie», en setning som i en annen sammenheng eller i forhold til et annet menneske heter: «Det er mye mellom null og knull!».

### **Bruk av metaforer**

Ikke minst på grunn av skyld, skam og at mange som har vært utsatt for overgrep blir sittende fast i en offerrolle, har allusjoner en vesentlig plass i språkbruken. Ved å bruke et språk hvor vi sier at *overgrepet har naglet deg og at også din partner har blitt hengende på naglene*, vekkes tanker ikke bare om offer, men også om hvem som er de skyldige. Språket og metaforene blir tilbud til klientene. Metaforene er ment å presisere, eller åpne, ikke til å omgå.

*Omgående metafor:* I filmer fra femtiårene, brukte man bølger mot stranden for å illustrere seksualitet.

*Presiserende metafor:* Ved å bruke voksne smaker som, kaffe, alkohol, eller oliven som metaforer, presiserer vi at seksualiteten ikke bare læres, men at kroppslig modning også er nødvendig. En tilsvarende modning finner sted i seksuell utvikling.

*Åpnende metaforer* står i speilingens tjeneste. Vi anser det som avgjørende at klientene får gjenkjennelse i hvordan vi oppfatter dem og deres problemstillinger. Åpnende metaforer er tilbakemeldinger i metaforisk form om hva vi har oppfattet av det klientene har presentert oss. Vi kan for eksempel si: *Det jeg hører får meg til å tenke på hvordan det er å bake brød: Deigen må heve før den kan settes i ovnen.* Når klienten enten griper metaforen eller presiserer at dette ikke passer, men at det snarere er slik eller slik, har metaforen hatt en åpnende, bevisstgjørende funksjon.

### **Skille mellom her-og-nå og den-gang-da**

Det synes å være en klok holdning at man retter oppmerksomheten mot den enkeltes mestringskapasitet i forhold til aktuelle livsutfordringer, at man er på et her-og-nå-nivå i forhold til problembearbeiding, samtidig som man utforsker økende evne til å nærme seg stadig mer ømtålige deler av den personlige historien. Der man går for fort frem, vil man oppleve at individet trekker seg tilbake som ved opplevelse av depersonalisering, at vedkommende dissosierer, at angstnivået øker og/eller at personen «blir med» i terapiprøvet uten egentlig å være til stede. Ideelt bør man gå så fort frem at den det gjelder bare aner disse ubehagelige grenseoverskridelsene, uten å bli overveldet av den smerten dette innebærer. Det er grunnleggende å:

- etablere en trygg opplevelse av herog-nå-situasjonen,

- være trygg på at traumet ikke gjentar seg,
- føle seg som en voksen person, forskjellig fra seg selv som barn,
- oppleve denne forskjellen verbalt, følelsesmessig og kroppslig
- alltid være oppmerksom på tidsglidning!

## **Samspill med partner**

M's partner: Det er så vanskelig å nå frem til henne. Det er som om hun ser meg gjennom flere slides, som representerer overgriper, hennes far, andre menn. Det er som om hun ikke ser meg, hvem jeg er.

Det er viktig ikke bare å erkjenne at overgrepet også rammer partner, men også bevisstgjøre *hvordan* det skjer (Hendricks & Hendriks, 1992). Den som har opplevd omfattende og tidlige seksuelle overgrep, vil ofte merke at den delen av seksualiteten som omfatter dypere følelser, blir filtrert gjennom overgrepet. Mange kan ha hatt positive seksuelle opplevelser før de etablerer seg med en fast partner, og kjenne at problemene først kommer til overflaten når forholdet når en viss dybde. Partner kan derfor komme til å føle seg ansvarlig for problemene, *hun/han har jo ikke reagert slik på tidligere partnere!*

Det er en normal del av vår opplevelse av omverdenen, at det vi opplever i nuet er farget av tidligere opplevelser. En glede kan bli forsterket av tidligere gleder, en sorg kan bli forsterket av tidligere sorger. Sensualitetsøvelsene er et potent redskap i forhold til å skille ut følelser som er knyttet til tidligere, negative opplevelser til en renere opplevelse av det som skjer nå. I utgangspunktet har partner ofte blitt sett som overgriper, eller en som ligner overgriper. I løpet av terapien blir partner skilt ut som en unik person, forskjellig fra overgriper.

A: Det er som om kroppen hans blir mer lik min kropp, jeg kan kjenne meg igjen i den og fatte sympati med den!

M: Det er to forskjellige ting! Det som skjedde den gang, har ingenting med dette å gjøre!

G: Det er viktig at vi ser at seksualitet er mye mer omfattende enn bare samleie, vi merker at den omfatter mye større deler av følelseslivet.

Noen ganger må vi gi individualtimer for å bearbeide deler av overgrepstraumet. Når parterapien derfor må utsettes, kan partner føle seg tilsidesatt. Hun eller han kan føle at nok en gang dreier alt seg om den i parforholdet som har vært utsatt for overgrep. Da er det vesentlig å skape trygghet for at dette er et mellomspill, hvor den traumatiserte må rydde litt mer opp i egen historie, før parhistorien kan videreutvikles i terapirommet.

## **Arbeid med skam og skyld**

Sterke følelser av skam og skyld er ofte forbundet med tilbakeholdstraumer: *Det er noe som er galt med meg, som jeg ikke tør snakke om, eller: Det er min skyld at det skjedde,*

*hvis de andre hadde visst dette, hadde de fordømt meg også!*

Vi ser det som viktig å få frem slike følelser, snakke om dem, men ikke nødvendigvis kjenne på dem. Mange har aldri turt å snakke om slike følelser sammen med andre. Når en tar skammen frem i lyset, ser en ofte hvor urimelig den er. Det er også lettere å se at overgrepet ikke skjedde fordi det var noe galt med en, men fordi overgriper hadde makt over en. Å føle seg overmannet og kraftløs kan være spesielt sårbart der den som har vært utsatt for overgrep er en mann. Menn skal slå fra seg, ikke gi etter for makt, ikke en gang der hvor det virkelig dreier seg om overmakt. Ofte er det nødvendig å gå nærmere inn på hele vår kulturelle oppfatning av det å være mann for å gi klienten et rom for avmakt i en situasjon hvor han ikke hadde annen mulighet, og hvor han kanskje i tillegg hadde et stort behov for voksenkontakt.

Skyldfølelse innebærer ofte selvanklager: *Hvorfor sa jeg ikke nei? Hvorfor gikk jeg ikke?* Man projiserer sin voksne kapasitet på barnet. Det blir derfor viktig å kjenne på at en ikke hadde kapasitet til å komme seg unna. I arbeid med dette kan det være nyttig å bruke stoløvelser fra gestaltterapi, hvor en skiller mellom det voksne «jeg» og ens barne «jeg» og skape kommunikasjon dem imellom.

Det kan også være viktig å se de spesielle sårbarhetene som kan ha vært tilstede før og mens overgrepene fant sted (Wyatt, Newcomb & Riederle, 1993). Ikke sjelden kan skam- og skyldfølelse bli borte når klienten forstår overgriperens evne til å plukke ut nettopp henne eller ham som en med spesielt stort kontakto- og ivaretakelsesbehov akkurat der og da.

Som terapeutisk strategi har vi valgt å holde distanse i forhold til skam- og skyldfølelser. Vi betrakter dem som følelser forbundet med traumatiseringen, ikke med den personen som har blitt traumatisert. Dersom vi går inn i og forsterker klientens skam, vil vi også let bekrefte den, samtidig som vi bidrar til tidsglidning. Ved å trekke disse følelsene frem i her-og-nå situasjonen, bidrar vi til tidskonfluens, og dermed til å blande sammen overgrepshistorie og aktuelle seksuelle opplevelser. Derfor unngår vi helst diskusjon om skyld og skam i denne delen av terapiforløpet.

## **Utvikling i terapi**

Terapiprosessen er langsom. Det må være tid til modning, erkjennelse, refleksjon og aha-opplevelser! For ny læring og nye erkjennelser må nye mentale og fysiske prosesser utvikles og integreres. Nye synapser utvikles i sentralnervesystemet, og nye reaksjons- og handlingsmønstre dannes (Aleksander, 1997; Almås, 2000; Damasio, 2002; Le Doux, 1996). Sensualitetsøvelsene utvides etter hvert som begge parter føler at de er trygge på det nivå de befinner seg. I de aller fleste tilfeller følger vi det klassiske mønsteret i sensualitetstreningsinstruksjonen: Først kjærtegning av hele kroppen, bortsett fra bryster og kjønnsorganer, deretter inkluderes bryster, senere ytre kjønnsorganer, så ikke-krevende samleie, før partene tar tilbake kontrollen over egen seksualitet (noen ganger skjer dette uten at terapeutene gir beskjed om det). I enkelte tilfeller har vi fraveket dette mønsteret, eller laget variasjoner over temaer. Vi har imidlertid erfart, at for store avvik kan være resultat av at vi gir etter for klientenes motstand, at vi som terapeuter

mister styringen. Den ønskede effekten uteblir, fordi vi blir fanget av klientenes uhensiktsmessige maktkamper.

## «En følelse av skam kan overføres fra den ene generasjonen til den neste»

Eksempler på avvik som har fungert positivt:

*Kjærtegning av enkelte kroppsdelene:* Dette har vært begrunnet av en situasjon der det var umulig å finne nok tid til full sensualitetstrening. For i det hele tatt å ha mulighet for fysisk kontakt, ble dette en form som partene selv utviklet og i høy grad erotiserte.

*Graderte grenser:* Paret fikk plansjer over menneskekroppen, og kvinnen, som i dette tilfelle hadde vært utsatt for overgrep, laget sine egne grenser for hvor hun følte at det var OK at mannen berørte henne.

Eksempler på avvik som ikke har fungert så positivt, men kanskje har vært nødvendige:

*Paret er enige om at han alltid skal ta initiativet til øvelsene:* Dette har vært begrunnet ved at hun alltid har måttet ta initiativ tidligere, og at hun ikke har noen motivasjon i forhold til å gi ham noe, uten at hun vet at hun får noe tilbake. I dette tilfelle var det mannen som var traumatisert. Problemet ved dette, er at vi som terapeuter blir en del av parets maktkamp, og mister terapeutisk frihet i forhold til å skape endring.

Det er ofte tydelig at overgrepet blir opplevd som en kraftig «betennelse», som en uhåndterlig mørk skygge, eller tung bær i livene til dem det angår. Ikke sjelden ser vi at den som står nærmest overgrepet kan bli behandlet som «et råttent egg», som en må være varsom med å ta for hardt i. På denne måten kan vi se at overgrepet smitter, og stadig flere blir naglet. Det kan etter hvert henge mange på naglene. I terapi kan vi se at traumer kan gå i arv i generasjoner: Ingen husker lenger hva som var begynnelsen, men en følelse av skam kan overføres fra den ene generasjonen til den neste.

Som terapeuter er det viktig å vise respekt for overgrepet, men ikke for konsekvensene av det når det ikke lenger eksisterer noen overgrepstrussel. Dette er en viktig del av den terapeutiske prosessen. For å komme videre, er det nødvendig å ha på det rene at det ikke er fare for gjentagelse av overgrepet. Det er vår oppgave som terapeuter å sørge for at vi ikke blir ansvarlige for nye overgrep. Det er også viktig at bearbeiding av selve overgrepet i tidligere terapiforløp har ført til en trygg livssituasjon for klienten. Idet en forlater offerrollen, må en betone den alternative, gode historien, seiershistorien:

G: Det er som å synke ned og betrakte en ny, vakker, undersjøisk verden hvor både hun og jeg er til stede.

M's partner: Det er sterkt å se hennes nytelse!

Ved avslutning av terapi, ser vi gjerne at følgende mål er oppfylt:

- Aksept av seksuelle følelser slik de oppstår her-og-nå.
- Opplevelse av å eie egen seksualitet.
- Fungerende grenser i det seksuelle samspillet.
- Positiv opplevelse av seksualiteten.

## Konklusjon

Behandling med sikte på å reetablere seksualiteten iverksettes først etter at traumeopplevelsen er bearbeidet, og en trygg livssituasjon er etablert og konsolidert. I parterapi er begge parter i sentrum for de terapeutiske intervensjonene. Man kan bruke de fleste prinsipper fra seksualterapi, men i tillegg er det nødvendig å trekke inn prinsipper fra traumebehandling. Terapeuten må være ekstra oppmerksom på faren for retraumatisering. Det er vesentlig å modifisere sensualitetstrenings-instruksene slik de vanligvis anvendes i seksualterapi. Dette for å unngå tidsglidning, og bidra til relæring av seksuelle følelser og reaksjoner.

Det er grunnleggende nødvendig å skille mellom den-gang-da og her-og-nå, og hele tiden holde oppe forskjellen mellom disse. For noen klienter har den magiske erkjennelsen vært at «Du verden, det er jo 20 år siden den gangen!». Det er viktig at klienten selv setter ord på opplevelsene av gamle og nye responsystemer, ser hvordan de er ulike og tar eierskap i responsene som utvikles gjennom terapiforløpet. Terapeutens oppgave er å legge forholdene til rette for nye erfaringer og stoppe reaksjoner som hører til overgrepssituasjonen – skape rom for forandring: I dette rommet finnes en magi vi må respektere: *Skal en engel gå gjennom rommet, må den føle at den er velkommen!*

Elsa Almås

Grimstad MPAT-Institutt

Storgaten 42, 4876 Grimstad

Tlf 37 25 81 00.

E-post [elsa.almaas@sexologi.com](mailto:elsa.almaas@sexologi.com)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 3, 2004, side 188-194*

### TEKST

**Elsa Almås**, professor i sexologi

**Esben Esther**, Grimstad MPAT-Institutt, Grimstad, og Høgskolen i Agder, Kristiansand

**Pirelli Benestad**, Grimstad MPAT-Institutt, Grimstad, og Høgskolen i Agder, Kristiansand

+ Vis referanser

### Referanser

Aleksander, I. (1997). Impossible minds. My neurons. My consciousness. London: Imperial College Press.

Almås, E. (1997). Den skjulte lyst. Oslo: Faktum forlag.

Almås, E., & Benestad, E. (1993). Behandling av problemer i kaos. Fokus på Familien, 21, 211-232.

Almås, E., & Benestad, E. (1997). Sexologi i praksis. Behandlers møte med menneskelig seksualitet. Oslo: Tano Aschehoug.

Almås, E. (2000). Samspill mellom kropp og sjel - foredrag från NACS årsmöte 1999. Sexologinytt, 6 (1), 4-13.

Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2003). Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 40,

Damasio, A. (2002). Følelsen av hva som skjer. Oslo: Pax Forlag.

Hendricks, G., & Hendricks, K. (1992). Conscious loving. The journey to co-commitment. New York: Bantam Paperback Edition.

Hertoft, P. (1997). Klinisk sexologi. København: Munksgaard.

LeDoux, J. (1996). The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life. New York: Simon & Schuster.

Langfeldt, T. (1993). Sexologi. Oslo: ad Notam Gyldendal.

Lundberg, P. O. (2002). Sexologi. Stockholm: Liber.

Schnarch, D. (1997). Passionate marriage. New York: Henry Holt and Company. van der Kolk, B. A.,

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

Wyatt, G., Newcomb, M. D., & Riederle, M. H. (1993). Sexual abuse and consensual sex. Women's developmental patterns and outcomes. New York: Sage Publications.