

Konferanse i New York om mannlige overgrepsofre

Oppsummering av Rita Nilsen

MaleSurvivor.org 2010 International Conference Healing and Hope MARCH 18-21, 2010
• JOHN JAY COLLEGE OF CRIMINAL JUSTICE • NEW YORK CITY

En svært viktig konferanse med et fokus som er mer eller mindre fraværende i Norsk rus og psykiatribehandling -overgrep mot menn, utført av menn og kvinner. De hadde faktisk flere innslag om kvinnelige overgripere, noe vi knapt har hørt om her til lands.

Konferanse bar også preg av at den var satt sammen av brukere, alt fra planlegging, gjennomføring og evaluering, men den hadde også en høy faglighet og var svært godt organisert. Arrangørene var organisasjonen Male Survivors, en organisasjon av og for mannlige overgrepsofre. Foredragsholderne var alt professorer, personer med doktorgrander, sykehusledere, leger, psykiatere, psykologer, advokater, rådgivere innen avhengigheter og en olympisk mester i Hockey. Felles for mange av disse var at de selv er tidligere overgrepsofre- med og uten rusmiddelavhengighet eller andre avhengigheter, og alle hadde funnet en god vei ut av traumene som hadde låst dem på ulik måte. De delte alt fra hvordan de i dag kunne make å være i forpliktende relasjoner, til å mestre det å leve med flere personligheter uten å ty til ulike typer av stimuli. Så for meg som kom fra en brukerorganisasjon og er fagansvarlig var det en enrom opplevelse på mange felt selvfølgelig.

Hvor mange hundre deltagere vi var vet jeg ikke, men det var konferansedeltagere fra hele verden. Jeg snakket med folk fra USA, Australia, Sveits, England, Danmark, Canada og mange flere jeg ikke vet hvor kom fra. Det var en del norske der også, flere fra ulike støttesentre for incest og overgrep, men også en fylkeslege, samt en kvinne som har skrevet en masteroppg. om kvinner som utfører overgrep til en mann med doktorgrad på temaet.

Konferansen var svært godt organisert og den bar preg av at det var personer med brukererfaring som var med i gjennomføringen, som alt sagt. Flere av foredragene jeg var på bevisstgjorde oss, før vi startet, at det var brukere i rommet og at vi måtte ta de nødvendige pauser disse måtte be om. De gjorde oss også oppmerksomme på at alle hadde muligheten til å dele sine egne personlige eller yrkesmessige erfaringer, og av den grunn ble vi oppfordret til en lojalitetstausehtsplikt. Man kunne også ta opp dilemmasituasjoner man trodde man kunne få hjelp til å løse av foredragsholdere eller andre i rommet.

Før jeg begynner med min oppsummering eller hva vi kan kalle dette, vil jeg informere om at mine amerikansk/engelskspråklige ferdigheter ikke er 100%, så dette blir løst gjengitt. Ønskes det mer info. kan man sikkert kontakte www.malesurvivor.org og få tak i det jeg evt. måtte mangle. Som for eksempel studier og lignende. Jeg må også tilføye at dette vil nok bære preg av de ting jeg selv er opptatt av, enten av personlige grunner eller tilfeller jeg selv står ovenfor i jobb.

Traumatisk stress og rusmiddelmissbruk Fra gammelt av heter det seg at man ikke kan jobbe med psykiske problemer og rusmisbruk samtidig. Med dagens kunnskap ser man at vi må finne på noe som likevel kan gjøre dette mulig, fordi vi nå vet at rusmisbruket mater traumer og traumereaksjoner skaper behov for rusmisbruk. En kvinnelig professor understreket også at man fant flere traumepasienter blant rusmisbrukere enn hos dem med andre følelsesmessige forstyrrelser.

Hun ramset opp mange måter og teknikker som kunne brukes i arbeid med traumepasienter og hun mente at så å si alle metoder kunne fungere så sant pasienten og terapeuten var enige om målet på forhånd. Felles mål var noe som hun mente var underkommunisert i behandling av ruspasienter, og de spørsmål som kunne avdekke om pasienten hadde barndomstraumer ble sjeldent stilt. Det var svært viktig at man fikk avdekket om det var hendelser som var ubearbeidet fordi bla. konfronterende metoder eller veldig autoritære terapeuter fungerer svært dårlig på traumepasienter og gjorde dem bare dårligere. Flere studier kunne bekrefte dette. Hun mente at man kunne vurdere om en metode fungerte ved å se om man fikk redusert traumesymptomer og inntak av rusmidler, gjorde man ikke det måtte man finne fram til en annen.

En psykiater som arbeidet med å finne metoder som kunne skape en god relasjon mellom terapeut og pasient fortalte at det hadde blitt en del endringer i rusfeltet etter hvert som man fikk økt kunnskap. Etter hvert som det medisinskfaglige feltet hadde blitt mer oppmerksom på dette med rusmisbruk og traumer hadde det i seg selv endret mye i rusfeltet i USA. Behandlere var nå flinkere til å stille spørsmål fra første time som kunne avdekke om personer med rusmiddelavhengighet også hadde en traumeproblematikk fra barndom eller fra rusmisbruket. Selv behandlere i program som tidligere var kjent for å være veldig konfronterende hadde nå begynt å bli mer empatiske, fortalte han. Det arbeides nå med Amerika's diagnosesystem DSM IV slik at de kan få en ny utgave DSM V. I denne nye utgaven vil de nå legge inn noe som kunne beskrive områder som kan utvikle traumer og på den måten begynne å jobbe skadereduserende for mennesker i risikozonen (les mer under skaderedusering).

Kunnskapen om kombinasjonen mellom rusmiddelmissbruk og Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kommer først og fremst fra studier gjort av Vietnamveteranere på første halvdel av 80-tallet, 10 år etter krigens slutt. På 90-tallet ble det gjort en stor studie av en Miller på kriminelle, og man fikk en fornyet interesse for dette temaet etter terrorangrepet 9/11 2001 da man så en dramatisk økning av alkoholmissbruk i New York.

Helt opptil 60% av rusmisbrukere ser ut til å slite med traumatisk stress eller PTSD og en kvinne med doktorgrad forteller at de fleste i hennes studie hadde vært flere ganger i rusbehandling, med ulike behandlingsmetoder og forskjellige ideologier og filosofier og samtlige hadde mislykkes. Etter nøye undersøkelse viste seg at ingen hadde fått en behandling hvor det psykiske aspektet hadde vært inkludert i behandlingen. Hun understreket at rusmisbrukere som ikke fikk hjelp til traumebearbeiding ikke blir friske av rusmisbruk. De vil kun makte å være en rusfrie i perioder, men de vil alltid falle tilbake til rusmisbruk igjen.

Ulike traumbakgrunn Flere av foredragsholderne hadde fokus på hvilken måte traume var påført fordi det var viktig at man fant ut om personen var relasjonsskadd. De kartla om traumene var skapt i barndom, om det var utløst av ulike type vold, fysisk og psykisk seksuelle overgrep, incest, tap av foreldre, ulykker, naturkatastrofer eller krig. Videre så fant de ut om personen i dag levde på en slik måte at de ble re-traumatisert. Noe som er veldig vanlig at rusmisbrukere gjør.

Studier viste at spesielt menn som hadde vært krenket seksuelt av kvinner definerte ikke dette som overgrep. Det var først når noen hadde hjulpet dem til å sette ord på opplevelsene deres at de selv forsto at deres relasjonsproblemer kunne relateres til et overgrep. Ca 10 % av menn med traumer har disse pga. seksuelle overgrep, men de søker sjeldent hjelp på samme måte som kvinner.

Som alt nevnt så er det mange som ikke selv har definert det de har vært utsatt for som overgrep og det igjen kan gjøre at en hel familie styres av en traumatisert person atferd, som ofte skaper dette igjen en opplevelse krenkelser og traumereaksjoner hos familiemedlemmene. En psykoterapeut ga et eksempel på mor med relasjonsskader som skal oppdra barnet sitt, men som er helt ute av stand til både fysisk og psykisk nærhet. Hennes atferd virker avvissende for barnet og dette barnet blir enormt sårbar for alt som kan gi assosiasjoner på avvisning senere i livet.

Seksuelle overgrep blir i de fleste tilfeller utført av noen i nær familie eller en som er tillitsperson, som lærere, trenere, kirkeansatte. Det kunne se ut som om de som hadde blitt krenket av lærere, trenere og kirkeansatte var de som hadde fått store problemer med bla. skole og utdanning. Dette kunne slå ut i perfeksjonisme til analfabetisme.

Den olympiske mesteren hadde vært misbrukt av sin trener fra han var 12 – 16 år. Han var viden kjent for sitt konkurranseinstinkt og sin kampmoral. Han var villig til hva som helst for å vinne en kamp. Sannheten var at han var drevet av frykt. Han trodde at om bare ble god nok så ville treneren la han være i fred, og den dagen da treneren lot han være følte han seg ikke god nok, fordi han følte at treneren bare forlot han. Skammen fulgte han uansett hva han gjorde etterpå. For å holde ut brukte han store mengder av alkohol og narkotika helt fram til han holdt på å dø, men ble reddet. I dag er han gift og reiser rundt med kona si og deler sin historie for å hjelpe andre mannlige overgrepsofre.

En av annen foredragsholder som var psykolog fortalte også om sine overgrepshistoriene og konsekvensene av dem. Han hadde vært utsatt for overgrep av kvinnelig lærer og kirkeansatt. Dette ledet til perfeksjonisme på skolen hvor han ble en ener, men pga. av den ambivalensen han hadde hatt følelsesmessig på grunn av disse kvinnene havnet han alltid i en relasjon med selvdestruktive kvinner. Han at den dag i dag ville det ikke ta han lang tid å havne i en relasjon med en slik kvinne og hvor han ville danset etter hennes pipe, om han ikke var på vakt. For han handlet det om å være veldig skjerpet og tilstede i seg selv i møte med disse kvinnene for i sin jobb møtte han på mange slike. I dag var gift og hadde en datter på 16 år, men som han sa, dette kunne han raskt miste om han ikke holdt fokuset der det skulle være. Han var tørrlagt alkoholiker på 26 året og når han kuttet ut alkoholen så ble han arbeidsnarkoman. Han var bevisst

dette også, men hadde funnet en fin balanse i dette mellom arbeid og familieliv.

En professor i Kinesisk språk og kultur hadde flere personligheter. Han var seksuelt misbrukt og terrorisert som barn og utviklet tidlig alkoholisme. Nå hadde han vært rusfri i 30 år og hadde kun 5 personligheter igjen og de ville han beholde fordi de hjalp han til å ha et rikt liv. Hver dag så spratt han opp med en nysgjerrighet på hva dagen kunne bringe han, men kona kunne være plaget av å våkne opp med en 62 åring som hadde opptrått som en 16 åring på rulleskøyter i Central Park dagen før. Ellers ble hun heller forstyrret av hans personligheter.

Felles for disse i dag var at de først og fremst våger å be om hjelp, noe de tidligere ikke kunne gjøre som et resultat av overgrepet som ble utført av en omsorgsperson eller en som var ansatt for å hjelpe. I tillegg til dette var de nå ute av offerposisjonen. De kunne gå på "besøk" i fortiden for å se på hvorfor de bla. agerte som de gjorde av og til, men de gikk fremover selv om det gjorde vondt. "If you are in hell – keep going, dont stop before the mirakle", sa hockeyspilleren. Når du vet du har kommet deg igjennom smerten etter overgrepet vet du at du kan klare det meste livet ditt krever av deg, sa professoren. De snakket også alle om åpenhet og det å eie sin egen historie. De ville ikke gå rundt å være redde for å bli "avslørt" lenger. Til sist sa de alle sammen at sinne og perfeksjonisme er det som skaper problemer og tilbakeskritt i prosessen.

Skaderedusering Flere var innom dette med skaderedusering og de mente at denne jobben måtte gjøres når en rusmisbruker var i en rusfri periode, men at vi måtte gi opp kravet om rusfrihet for å komme i posisjon for behandling. De mente at rusfrihet måtte bli målet for behandlingen. Samtidig måtte behandlere også jobbe med sin egen holdning til en rusmisbruker. De måtte få bort filtret av at misbrukere ikke er til å stole på og at de er sleipe og manipulerer. Det nevnte er symptomene på sykdommen de sliter med og det livet de lever, og dette må behandlere benytte som en pekepinn i sitt arbeid fremfor å avvise den syke og behandlingstrengende.

Man bør også ha det skadereduserede fokuset i selve behandlingen av en traumatisert pasient i aktivt rusmisbruk. Det er viktig at pasient og behandler har etablert et tillitsforhold og at pasienten har lært seg noen ferdigheter så han ikke fyker i strupen på noen i behandlingsprosessen og av den grunn ikke våger å komme tilbake. Det er også viktig i denne sammenheng å gjøre det klart for pasienten at målet er rusfrihet, men at det er menneskelig å bomme på målet underveis.

I England hadde de nå sett viktigheten av å drive forebyggende på områder som er kjent for traumeropplevelser. Menn med høy machofaktor som søkte seg ut i krigen kunne ofte ha en bakgrunn med barndomstraumer. Disse ble nå undersøkt veldig nøye for det viste seg fra tidligere erfaringer med slike personer at det var dem som slet med posttraumatiske lidelser når de kom tilbake. Mange ble tunge rusmisbrukere og noen begikk selvmord.

Det sterkeste innslaget som bar budskap om skaderedusering på langt sikt , var innlegget til en jurist som også var professor. Før han satte i gang foredraget sitt stilte han et spørsmål ut i salen: Hvor skal skylden adresseres? Lyset blir senket i salen og filmlerretet fires ned og foredraget starter. Det er høy musikk og vi ser blått hav som forteller at det er kaldt der og plutselig kommer en stor tankbåt i bildet. Vi hører en uforståelig melding som går over en radio, men vi forstår at det har vært en ulykke. Etter hvert så går det opp for oss at det er den mest alvorlige oljeulykken i Alaskas historie, et oljeutslippet på 42.000 tonn råolje fra tankskipet Exxon Valdez. Kapteinen var kanonfull. Lerretet blir hvitt og professoren spør igjen: Hvem skal bære skylden - den som er helt ute av stand til å ta vare på seg selv eller alle de som kunne stoppet han ved å løfte telefonen?

Det som gjorde dette ekstra sterkt var at kapteinen satt i salen med oss og at foredragsholderen ikke visste noe om dette på forhånd, så han beklaget det, men valgte likevel å fortsette som planlagt. Han tegnet så opp et bilde for oss av barn som var blitt misbrukt fra de var et par år gamle, hvor alle visste om dette og ingen hadde grepet inn og de som engang hadde vært barn var i dag tunge rusmisbrukere som gikk ut og inn av fengsel og psykiatriske sykehus. Han stilte det samme spørsmålet her: Hven skal egentlig ta straffen? I dag jobbet professoren for at man skulle få endret lovene slik at de som hadde samfunnets mandat til å ta vare på og beskytte måtte gjøre den jobben de var satt til ellers kunne de risikere å få en straffereaksjon. Han hadde klart å få det igjennom i New Jersey , og nå holdt han på for å få til det samme i New York.

Vi må ha tillit til at det de jobber med i DSM V også kan bidra til skaderedusering ved at de skal kartlegge områder som kan skape traumereaksjoner senere i livet. Og skal jobbe fram forebyggende tiltak for dette. Eksemplet som nevnt over med moren som slet med nærhet, vil bli et slikt området om noen av psykologene som var med i arbeidet fikk det som de ville.

Hvordan kan vi hjelpe i det komplekse landskapet Terapien må lede til selvregulering og oppbyggingen av en selv, medisner kan for noen være en døråpner inn til behandling, sa en forsker. Men som alt nevnt er dette er felt som er preget av mange utfordringer, alt fra manglende fagkunnskap til holdninger hos behandlere. Flere av foredragsholderene stilte spørsmålet: hvem forteller dette mest om? Noen svarte også: Det var i alle fall ikke pasienten, for de har verken fått en rett tilnærning og behandling.

Flere sa også at alle som arbeidet i møte med mennesker med ubearbeidede traumer måtte lære seg å gjenkjenne symptomene på dette så de ikke trakk seg unna når disse kom til syne. All behandling må lede til færre symptomer av traume og minner for dette kunne også bidra til mindre rusmiddelinntak eller andre destruktive overlevelsesstrategier. Som nevnt mente de også at medisner kunne være en god døråpner inntil behandling. For et av symptomene var at de kunne være ute av stand til å nyttegjøre seg behandling når livet og følelsene skapte kaos for dem. Uansett hvilken metode man arbeider etter med traumepasienter, med og uten aktivt rusmisbruk, så må den være med på å skape struktur i hverdagen og at det må være en plan i bånd som både behandler og pasient måtte være enige om, som nevnt over. Terapeut og pasient

må også ha en god relasjon bygget på tillit.

De frarådet sterkt å benytte konfronterende terapimetoder og autoritære behandlere for dette skapte ikke en åpen og ærlig dialog mellom pasient og behandler, som er svært viktig i traumebehandling. I slike relasjoner hvor frykten styrer så man at pasienter med frossen personlighet klarte seg tilsynelatende godt, men de utviklet et sterkere forsvar som gjorde funksjonell terapi vanskelig om man fikk et tilbakefall. De med svakere forsvar ble bare sykere og sykere. Pasientene måtte også utstyres med verktøy som gjør det mulig for dem å fungere i sin hverdagen, slik at de kan bli engasjert i sin egen terapi.

Som vi sier i Retretten, vi må være aktivt til stedet i vår egen tilfriskning.