

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 2 • ÅRGANG 11 • JULI 2010 –

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



Tidsskrift for Kognitiv Terapi 2/2010

4
Redaksjonelt

7
Samtalegruppe for stemmehørere

13
Er det noen sammenheng mellom
seksuelle fantasier og overgrep?

21
Kognitive sidesprang

23
Bokomtale

24
Norsk forening for
oppmerksomt nærvær

25
Lederen har ordet

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2010 sendes**

Redaktør Arne Repål

Psykiatrien i Vestfold HF

P.B. 2267, 3103 Tønsberg

Tlf. 91883339

E-post: repaal@online.no

• **Utgivningsplan**

Mars, juni, oktober, desember.

Manusstopp: februar, mai,

september, november.

• **NFKTS leder**

Torkil Berge

Norsk forening for kognitiv terapi,

Forskningsinstitutter

Modum Bad, 3370 Vikersund

Tlf. foreningen: 32 74 98 62

eller 32 74 97 00

E-post: post@kognitiv.no

Bankgiro nr. 2270 14 46686



FOTO: ME. L.C. REPÅL



Jeg ser hva du sier

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

Samtale er én av flere måter å måte å kommunisere på. Vi bruker ord for å kommunisere med andre, vi bruker ord for å kommunisere med oss selv. Som kognitive terapeuter er vi opptatt av språk. Vi jakter på den indre samtalen: de antagelser vi har om oss selv og verden rundt oss. Vi er opptatt av tanker fordi vi vet de har betydning for våre følelser. Vi er med andre ord opptatt av hvilken relasjon vi har til oss selv. Den er avgjørende for hvordan vi mestrer vårt liv. I bladet Q ble Paul McCartney spurt om hvilken person han hadde størst ønske om å kunne imponere. *Me. I want to be able to say, «Jesus! That was damn good.»* Et godt svar. Det er vel ofte det som er kjernen i våre anstrengelser. I hvor stor grad vi er avhengig av andres ros for å bli imponert over oss selv, varierer. Å være for avhengig kan fort bli et problem.

Selv om mennesket ikke hadde evne til å tale før for 200 000 år siden, er det å snakke til hverandre i dag den mest utbredte formen for kommunikasjon mennesker imellom. Samtalen er også det foretrukne verktøy i kognitiv terapi. Vi forbinder ofte kommunikasjon med ord og setninger, men de fleste levende organismer kommuniserer ved hjelp av andre metoder enn det å snakke. Kommunikasjon er mye mer enn det uttalte ord. *Hvordan* vi sier noe har ofte like stor betydning for hvordan budskapet oppfattes, som *hva* vi sier. Tonefall betyr noen ganger mer enn innhold. Det vet vi blant annet fra forskning på hvilken betydning det psykososiale miljøet kan ha på forløpet av ulike psykiske lidelser.

DET USAGTE

Kommunikasjon er kompleks atferd. Enkelte hevder at så lite som 20 prosent av budskapet formidles gjennom ordenes meningsinnhold alene. Resten ligger i tonefall, kroppsspråk, duft, klær og utseende. Kommunikasjon selges i dag på flaske i form av parfyme, som sminke og som klær. Det er vanskeligere å kjøpe seg et kroppsspråk eller et tonefall. Det ligger tettere på personligheten. Undersøkelser har også vist at terapeuters påkledning har betydning for hvordan pasienter oppfatter dem. Pene klær, diskrete bruk av parfyme og et dannet kroppsspråk er kanskje undervurdert som terapeutiske virkemidler.

Det er lett å glemme at det verbale innholdet bare utgjør en liten del av budskapet. Våre tolkninger av det som sies, påvirkes i stor grad av den ikke-verbale kommunikasjonen. Påvirkningen er langt større enn vi ofte tror. Den kan tydeliggjøre eller understreke, men også kamuflere eller forvirre. Poenget er at den innvirker på våre vurderinger. Noen ganger må vi imidlertid klare oss uten. I dag foregår en økende grad av kommunikasjonen i form av sms, epost, blogger m.m. Det innebærer kommunikasjon i form av det skrevne ord uten ledsagende informasjon som kroppsspråk, tonefall og påkledning. På ett vis er den mer demokratisk; vi blir vurdert ut fra det vi faktisk har skrevet. På den andre siden øker det sjansen for at budskap kan misforstås. En annen utilsiktet konsekvens er at det skrevne ord kan virke langt mer sårende enn det som er tilsiktet. Mottakeren mangler de signalene som eventuelt mildner det verbale innholdet. Ungdommen har til en viss grad skjønt det. Mangelen på kroppsspråk er erstattet med «smileys» og andre former for tegnmessige hint som kan forsterke eller mildne et utsagn.

STEMMER

Å høre stemmer er også en form for kommunikasjon. Den som hører stemmer, opplever at noen taler til dem uten å være til stede. Stemmene kan komme innefra eller utenfra en selv. Jeg innledet med å sitere Paul McCartney. Han er i ulike fora også omtalt som stemmehører. En annen kjent stemmehører er hjernen bak Beach Boys, Brian Wilson. I flere intervjuer, blant annet i Ability Magazine, har han fortalt om livet som aktiv stemmehører i 40 år. Det å høre stemmer har innenfor den tradisjonelle psykiatrien blitt sett på som et alvorlig tegn på psykisk lidelse. Det trenger det ikke å være. Det avgjørende er hvordan du forholder deg til det å høre stemmer. For Paul McCartney, Anthony Hopkins, Winston Churchill og andre kjente personer har det tilsynelatende ikke vært så hemmende. For Brian Wilson var det i lange perioder et problem. Men også han har lært seg til å leve med dem: «Oh, I knew right from the start something was wrong. I'd taken some psychedelic drugs, and then about a week after that I started hearing voices, and they've never stopped. For a long time I thought to myself, «Oh, I can't deal with this». But I learned to deal with it anyway.»

«Å høre stemmer er også en form for kommunikasjon.»

«Det er mye informasjon i det usagte!»

Wilson beskriver stemmer som er svært kritiserende og negative. En måte å prøve å mestre stemmer på er å delta i samtalegrupper for stemmehørere. Erfaringer fra en slik stemmehørergruppe kan du lese mer om i dette nummeret av tidsskriftet.

KROPPSSPRÅK

Jeg har selv aldri hørt stemmer. Derimot har jeg under forelesninger koketert med at jeg ikke har noe kroppsspråk. Det er jo mildt sagt en overdrivelse. Det måtte vel kunne sammenlignes med å stå fremfor mennesker som en statue, noe som i seg selv ville være nokså påfallende. Det ville av enkelte empatiske sjeler sikkert kunne oppfattes som et stumt skrik om hjelp. For å unngå denne feiltolkningen har jeg derfor i økende grad begynt å gestikulere med armene og gå frem og tilbake når jeg foreleser. Det er en slags kompensierende strategi; og den fungerer. Nå synes jeg nesten det er morsomt å veive med armene under forelesninger. Som kognitive terapeuter skal vi ikke bare forstå oss på ord. Vi må også lære oss å lytte til de stumme skrikene. Når jeg i de senere årene har blitt meg mer bevisst mitt eget kroppsspråk, håper jeg også jeg er blitt flinkere til å lytte til andres. Det er mye informasjon i det usagte! Faren er selvsagt at vi feiltolker – legger betydninger i andres atferd som ikke er der. Da er det greit å kunne spørre. ■

Samtalegruppe for stemmehørere

HELGE JORDAHL

Svært mange pasienter hører stemmer, og mange av dem er plaget av det på tross av antipsykotisk medisiner. Etter å ha arbeidet med psykotiske pasienter i mange år og i samme periode vært opptatt av kognitiv adferdsterapi (KAT), har jeg i de senere år forsøkt å anvende terapeutiske prinsipper fra KAT på pasienter med vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. Jeg har med økende interesse fulgt med i på hvordan synet på stemmehøring har endret seg, en utvikling hvor den nederlandske psykiateren M. J. Romme (1998) har spilt en vesentlig rolle.

Samtalegrupper for stemmehørere finnes i dag både utenlands og her hjemme. Noen av dem har et klart terapeutisk formål og drives i regi av spesialisthelsetjenesten. Andre er selvhjelpsgrupper organisert av brukerorganisasjoner. Ettersom stemmehøring er en ensom opplevelse (en hører stemmer som ingen andre hører), vil stemmehørerne lett føle seg utenfor, isolerte og skamfulle. Det er nærliggende å anta at det å bringe stemmehørere sammen vil bryte mye av denne isolasjonen.

Det er forsket en del på effekten av gruppebehandling ved stemmehøring (Penn, 2009; Wykes, 1999, 2005; Chadwick, 2000b). Disse studiene tar alle utgangspunkt i kognitiv terapi. Kognitiv terapi ved stemmehøring baserer seg blant annet på at det er vår fortolkning av stemmene som er avgjørende for om vi blir plaget av dem eller ikke. I en tradisjonell ABC-modell vil stemmene således bli sett på som en hendelse (A) som pasienten fortolker og gjør seg antagelser om (B), som i sin tur påvirker følelser og adferd (C) (Jordahl & Repål, 2009). Penn (2009) beskriver et opplegg med 12 møter hvor hovedtemaene er:

- Møte 1. Introduksjon til behandlingen
- Møte 2–3. Psykoedukasjon
- Møte 4–5. Innholdet i stemmene
(hva er temaene til stemmene, er de gode eller onde?)
- Møte 6–7. Adferdsanalyse av stemmene
- Møte 8–9. Strategier for å øke eller redusere stemmene
- Møte 10–12. Mestringsstrategier for stemmehøring

REFERANSER

■ Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, B. (2000b). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*, 177, 229–232.

■ Chadwick, P., Sambrooke, S., Rasch, S., & Davies E. (2000a) Challenging the omnipotence of voices: group cognitive behaviour therapy for voices. *Behaviour Research and Therapy* Oct, 38 (10): 993–1003.

■ Fredriksen, G. M. (2007). *Mestringsbok for stemmehørere*. Stavanger: Psykiatrisk Opplysningsfond.

■ Jordahl, H. og Repål, A. (2009) *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.

■ Penn, D., Meyer, P. S., Evans, E., Wirth, R. J., Cai, K., & Burchinal, M. (2009). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*, 109, 52–59.

■ Romme, M. J. (1998). *Understanding Voices. Coping With Auditory Hallucinations and Confusing Realities*. Cheshire: Handsell Publishing.

■ Wykes T., Parr, A. M., & Landau, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness. *British Journal of Psychiatry*. August; 175,180–185.

■ Wykes T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D., & Landau, S. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*, Sep 15; 77 (2–3): 201–210.

Penn (2009) skriver at dette opplegget er en modifikasjon av Wykes et al. (1999) ved at de:

- 1) la vekt på mestringsferdigheter i stedet for kognitiv restrukturering
- 2) la mindre vekt på å arbeide med selvfølelse
- 3) utvidet protokollen fra 6 til 12 møter

Penn (2009) hadde også en kontrollgruppe med støttetterapi («enhanced support therapy»). Resultatene viste at begge grupper oppnådde bedring ved 12 måneders oppfølging. Kontrollgruppen med støttetterapi hadde større effekt på hørselshallusinasjoner, mens gruppen som fikk kognitiv adferdsterapi (CBT), hadde større effekt på mer generelle psykosesymptomer. Det er også verdt å merke seg konklusjonen til Wykes et al. (2005), hvor det heter: «Group CBT does improve social functioning but unless therapy is provided by experienced CBT therapists hallucinations are not reduced.»

På Internett kan en finne et nettsted med betegnelsen «Hearing voices network» (www.hearing-voices.org/) I sin presentasjon skriver foreningen blant annet at de ser på stemmene som et uttrykk for hva stemmehøreren er opptatt av og eventuelt sliter med. Stemmehøreren oppfordres til å snakke med og om stemmene sine, fokusere på hva de sier, hvem stemmene er, og hvorfor de hører stemmer. De oppfordres til å bruke denne informasjonen i et forsøk på å skape en forståelig sammenheng.

«Hearing voices network» opplyser videre at 70 % av de som hører stemmer, relaterer det til traumatiske opplevelser. Stemmene snakker om temaer som er viktige for personen, ofte relatert til traumer personen har opplevd. «Hearing voices» viser seg å hjelpe mange som ikke har fått hjelp innenfor det psykiske helsevernet. Bevegelsen ser derfor ikke på stemmehøring som en sykdom, men som en måte å mestre livet og personlige problemer på.

EGNE ERFARINGER MED SAMTALEGRUPPE FOR STEMMEHØRERE

Jeg skal her beskrive mine erfaringer med en samtalegruppe for stemmehørere. Deltakerne ble først gjort kjent med tilbudet gjennom en brosjyre som ble laget til formålet. Jeg hadde også en kort forhåndssamtale med de fleste av gruppedeltagerne hvor gruppens formål ble presentert og deltagerne, i varierende grad, sa litt om sin egen bakgrunn. Mine erfaringer har vært med deltagerne som er under behandling i psykisk helsevern. Alle har fått psykosediagnoser i spektret F20-F29 og vært medisinert med annen

generasjons antipsykotiske medisiner. Selv om de fleste mottok en form for trygdeytelse, var flere i deltidsarbeid ved atføringsbedrifter / vernet virksomhet eller i annen form for aktivitet.

Gruppen som her vil bli beskrevet, hadde 7 deltagere, møttes 10 ganger, hvert møte varte halvannen time. 1 droppet ut etter 4 møter, 1 møtte på alle møtene, de 5 andre møtte på minst 8 møter.

Gruppen hadde både et psykoedukativt og et terapeutisk formål. Således ble de 3–5 første møtene brukt til psykoedukasjon. Da underviste jeg om utbredelsen av stemmehøring, og det ble vist en film om stemmehøring fra et Puls-program på NRK. Videre blir den kognitive ABC-modellen presentert, og det blir lagt vekt på kognitiv restrukturering samt mestring. Opplegget kan sammenlignes med det som er beskrevet ovenfor av Penn (2009). I tillegg benyttet jeg «Mestringsboken for stemmehørere» (Fredriksen, 2007). For hvert møte laget jeg en Powerpoint-presentasjon med informasjon, teorier og eksempler. Det ble servert mat og drikke til hvert møte, og jeg skrev alltid referat. Ved begynnelsen av hvert møte ble hovedpunktene fra forrige møte gjennomgått.

Jeg var bevisst aktiv og lite avventende under gruppemøtene. Noen av deltagerne var mer aktive enn andre. De som ikke var så aktive, ble aktivisert av gruppelederen, og det var også en del interaksjon mellom deltagerne. Sentrale temaer var:

- Hvor mektige er stemmene, må en alltid adlyde dem?
- Hvor dominerende er stemmene, går det an å være opptatt med andre ting selv om en hører stemmer? Går det an å være i arbeid når en hører stemmer?
- Finnes det noen strategier for å mestre eller redusere stemmene?
- Skal en snakke til andre om at en hører stemmer? Hvordan reagerer behandlere, familien, venner og andre?
- Hvilke erfaringer har en med medisiner i sin alminnelighet og i forhold til stemmer i særdeleshett?

Med utgangspunkt i *Mestringsboken for stemmehørere* ble det forsøkt å gi deltagerne forskjellige hjemmeoppgaver. Sentralt i disse var å oppmuntre deltagerne til å finne ut om det kan være sammenheng mellom viktige hendelser i eget liv og stemmenes innhold.

Hjemmeleksene ble i relativt liten grad gjennomført. Konsekvensene av dette blir diskutert senere i artikkelen.

«Gruppen hadde både et psykoedukativt og et terapeutisk formål.»

RESULTATER

For å få feedback fra deltagerne lot jeg alle fylle ut «Spørreskjema vedrørende antagelser om, og reaksjoner på å høre stemmer» (norsk oversettelse ved Jan Widén av «The revised Beliefs About Voices Questionnaire»- BAVQ-R) (Chadwick, P., 2000a) før og etter gruppe-perioden. Skjemaet kartlegger om personen oppfatter stemmene som:

- Gode
- Onde
- Omnipotente
- Samarbeidende
- Motarbeidende

Resultatene var varierende. Noen (2) rapporterte tydelig at stemmene ble ondere, mektigere og mer motarbeidende. De fleste (5) rapporterte, i varierende grad, at stemmene ble mindre onde, mindre mektige og mindre motarbeidende. Det ble ikke målt om det var endring i den tiden stemmene var til stede. Det ble også gjort en nærmere analyse av hver enkelt deltager sine svar på spørreskjemaet; særlig var jeg interessert i finne ut mer om de som tilsynelatende var mer plaget etter at gruppen var avsluttet. De som tilsynelatende var mer plaget, var den som droppet ut etter 4 møter og en med fremmedspråklig bakgrunn. Jeg vil anbefale at en bruker spørreskjemaet systematisk og regelmessig, for eksempel før første møte og så etter hvert fjerde møte for å finne ut hvordan det går med den enkelte. Dette gir muligheter for å tilpasse opplegget noe.

Etter å ha gjennomgått referatene fra gruppemøtene er jeg kommet til at mange av endringene til deltagerne, blant annet at flere deltagere opplever stemmene som mindre mektige, kan ha sammenheng med utsagn som deltagere har kommet med på gruppemøtene. Således var det enkelte som fortalte at de hadde «tatt igjen» og protestert mot stemmenes ordre. Enkelte fortalte også at de opplevde at stemmene ikke alltid var til å stole på. Jeg opplevde at slike utsagn gjorde stort inntrykk på de andre deltagerne og var vel så effektive som direkte intervensjoner fra min side. På den annen side kan det også være at mine innspill om at det var mulig å fortolke stemmene på forskjellige måter, inspirerte deltagerne til å komme med sine erfaringer. Det vakte også stor oppmerksomhet når noen av deltagerne kunne fortelle om hvordan de kunne få stemmene mindre dominerende, enten ved

«Stemmehøring har tradisjonelt utelukkende blitt sett på som et tegn på en alvorlig psykisk lidelse.»

å si til dem: «nå er jeg opptatt,» eller ved å engasjere seg i andre aktiviteter. Dette handlet altså mye om mestring.

DISKUSJON OG KONKLUSJON

Stemmehøring har tradisjonelt utelukkende blitt sett på som et tegn på en alvorlig psykisk lidelse. Mange pasienter kan derfor ha opplevd fagfolks reaksjoner på åpenhet om stemmene som ubehagelige. Det kan ha medført tung medisiner, innleggelse og stigmatisering. Fagfolk har vært lite interessert i å forstå hva innholdet i stemmene kan være uttrykk for. Det eneste målet for behandling har vært å eliminere stemmehøring. Dette har ført til at mange stemmehørere ikke snakker særlig om stemmene sine, ofte fordi de har opplevd at det har «straffet» seg å være åpen om dem.

I gruppen var deltagerne ganske åpne om stemmene sine og viste stor forståelse for hverandre. Flere av deltagerne var inne i en prosess hvor de i økende grad ga uttrykk for at de var begynt å stå opp mot stemmene, og at de våget å være ulydige mot dem. Funksjonsnivået i gruppen varierte noe; noen av deltagerne var i arbeid, andre ikke. Noen av dem som ikke var i arbeid, uttrykte stor forbauselse da de hørt at noen deltagerne kunne arbeide selv om de hørte stemmer. Dette ledet til gode samtaler mellom deltagerne om hvordan en kan klare å mestre stemmene i forskjellige krevende situasjoner.

Selv om deltagerne var ganske åpne om stemmene, viste det seg vanskelig å få dem til å være åpne om traumatiske og personlige forhold. Målet om at gruppemøtene skulle lede til større forståelse for sammenhengen mellom livsbegivenheter og stemmenes innhold, ble ikke innfridd. Dette kan for øvrig også ha sammenheng med at tilbudet kunne betraktes som et kurs om forståelse og mestring av stemmehøring. Det ble ikke i særlig grad lagt vekt på personlige og private aspekter. Det er mulig at dette kan være årsaken til at hjemmeleksene i liten grad ble gjennomført.

Mine erfaringer med stemmehøregrupper er svært begrenset. Opplegget er inspirert av ulike tilnærminger, men jeg har særlig forsøkt å følge prinsippene for kognitiv terapi ved stemmehøring og har lagt vekt på psykoedukasjon, normalisering og kognitiv restrukturering. I tillegg har jeg også lagt inn elementer fra «Hearing voices»-bevegelsen. Disse har særlig handlet om å gi deltagerne økt forståelse for meningen med stemmene og eventuelle sammenhenger mellom viktige livsbegivenheter og innholdet i stemmene. Slik som jeg oppfatter Mestringsbok for stemmehørere (2007), kan en ved økt innsikt i stemmene oppdage at de er en del av en selv, ens egne tanker, og ikke noe som kommer utenfra.

Denne samtalegruppen har hatt et annet formål enn å få eliminert stemmene. Jeg legger for øvrig merke til at Chadwick (2000a) skriver følgende om hva han sa til deltagerne i sitt prosjekt: «People were told that the group would not get rid of their voices, but would offer an opportunity to share experience of hearing voices.»

Jeg formidlet til deltagerne at målet har vært å gi dem generell kunnskap om stemmehøring, lære dem å mestre stemmene bedre og å oppleve stemmene som mindre mektige og kontrollerende. Ut fra mine erfaringer med samtalegruppe for stemmehørere ble ikke dette målet innfridd for alle, men det kan se ut som dette er et tilbud som kan være til nytte for noen. ■

Er det noen sammenheng mellom seksuelle fantasier og overgrep?

AV SVEIN ØVERLAND OG MARITA SANDVIK

«Ja, tenke det; ønske det; ville det med,
– men gjøre det! Nej; det skjønner jeg ikke!»

INNLEDNING

«The flight of fantasy rose from the exhibition of the naked buttocks, to smacking, flagellating and even teasing them, even to murder of the owner. The latter act, however, frightened him. The ever recurring ejaculations finally brought on severe neurasthenia. He never could make up his mind to seek medical advice. At last he found a woman with whom he could have coitus, as she permitted him to flagellate her during the act» (Krafft-Ebing, 2005, s. 48).

Noen gjenkjenner kanskje denne passusen fra «Psychopathia sexualis» av Richard von Krafft-Ebing. Boken ble første gang utgitt i 1886, og avsnittet er hentet fra slutten av Case 39. Med utgangspunkt i avsnittet ønsker vi å invitere leseren inn i de følgende undringer:

- Dersom kasus 39 hadde tatt mot til seg og oppsøkt «medical advice» i din sexologiske praksis, hvilken behandling (om noen) ville du ha anbefalt?
- Ville du ha vurdert ham som farlig?
- Hva skal til for at en person utvikler sine seksuelle lyster dit hen at han faktisk utfører overgrep?

PROBLEMSTILLING

Vi vil hevde at det per i dag eksisterer et skille mellom hvordan fagmiljøene møter slike problemstillinger. På den ene siden finnes fagmiljøer som behandler mennesker med seksuelle problemer ut fra sexologisk kunnskap. På den andre siden finnes fagmiljøer som har som oppdrag å vurdere risiko for seksuelle overgrep. Vi vil videre hevde at særlig hvordan man besvarer det siste spørsmålet ovenfor, vil være avgjørende for å besvare de to første. Vi vil derfor presentere en modell utviklet av Jones og Wilson som prøver å beskrive hvordan utviklingen fra fantasi til overgrep foregår.

REFERANSER

- Aakvaag, G. S. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Otta: Abstrakt forlag AS.
- Abel, G. G., Becker, J. V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Roulau, J. L., & Murphy, W. D. (1987). Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 3–25.
- Belcher, L. (2008). A Critical Evaluation of the Sex Offender Treatment Programmes used in Prisons. *Internet Journal of Criminology*. <http://www.internetjournalofcriminology.com/Belcher%20-%20A%20Critical%20Evaluation%20of%20Sex%20Offender%20Treatment%20Programmes%20used%20in%20Prisons.pdf> (sist lastet ned 21.12.09).
- Dodson, B. (1996). *Sex for one: The joy of selfloving*. New York: Three rivers press.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Giami, A. (2008). Two facets of the medicalization of sexuality in the late 20th century: AIDS & Viagra. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 6, s. 671–673.

■ Hanson, R.K., & Bussiere, M. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348–362.

■ Howitt, D. (2004). What is the role of fantasy in sex offending? *Criminal Behavior and Mental Health*. 14(3):182–188.

■ Hudson, K. (2005). *Offending Identities. Sex offenders perspectives on their treatment and management*. Devon: Willan Publishing.

■ Jones, T., & Wilson, D. (2009). When thinking leads to doing: the relationship between fantasy and reality in sexual offending. I (Ireland, J. L., Ireland, C. A., & Birch, P. *Violent and Sexual Offenders. Assessment, treatment and management*, s. 235–257. London: Willan Publishing.

■ King, S. A. (1999). Internet gambling and pornography: illustrative examples of the psychological consequences of communication anarchy. *CyberPsychology and Behaviour*, 2, s. 175–193.

■ MacCulloch, M. J., Snowden, P. R., Wood, P. J., & HE Mills, H. E. (1983). Sadistic fantasy, sadistic behaviour and offending. *The British Journal of Psychiatry* 143:20–29.

■ von Krafft-Ebing, R. (2005). *Psychopathia sexualis. The Case Histories*. Wet Angel Books/ Creation Books.

■ Nikolaisen, J. (2008). The sexual offender. I Træen, B. & Lewin, B. (red.). *Sexology in context*, s. 175–193. Oslo: Universitetsforlaget.

SEXOLOGI OG «SEXIATRI»: TO FORSKJELLIGE VERDENER?

Giami (2008) viser til at sexologi som fag har utviklet seg langs svært ulike veier i forskjellige land og miljøer. Ethvert fagområde vil forme en identitet. Et fags identitet kan på mange måter sammenlignes med en persons identitet. Den skapes av forutsetninger, utviklingslinjer, historie og i relasjon med andre. Og hvordan man selv opplever seg, behøver ikke nødvendigvis samsvare med hvordan andre oppfatter deg. Hvordan definerer det norske sexologiske fagmiljøet seg selv? Ettersom vi i Norge har organiserte utdanningsprogrammer for sexologi, skulle man tro at fagfeltets identitet var tydeligere enn i land der utdanning er mindre systematisert. I Norge gjennomfører fagfolk med ulik bakgrunn utdanning i sexologi, og Træen (2008) viser til at sexologisk kunnskap er nødvendig både i helsefagenes grunnutdanning og i form av spesialiserte tilbud. Men det er uklart hvordan dette påvirker sexologiens forhold til tilgrensende disipliner som sykepleie, vernepleie, allmenmedisin, psykologi og psykiatri.

Disse forholdene samsvarer med forholdene for retts- og sikkerhetspsykiatri. I de siste årene har mange fagfolk med bakgrunn fra sykepleie, vernepleie, hjelpepleie, medisin og psykologi gjennomført en organisert videreutdanning i sikkerhetspsykiatri gjennom de såkalte VIVO-utdanningene. Leger og psykologer kan i tillegg gjennomføre en lengre videreutdanning i rettspsykiatri (C-kurs). Likevel er ikke rettspsykologi eller rettspsykiatri en egen spesialitet. I Europa er også retts- og sikkerhetspsykiatri ulikt organisert og praktisert. Men felles for alle landene er at man i de siste årene har fått et sterkere vitenskapelig fokus på risikovurdering og risikohåndtering. I Norge har vi både regionale og fylkesavdelinger for sikkerhetspsykiatri, som sammen med det rettspsykiatriske apparatet utreder og behandler personer som er såkalt «farlige». Det vil si at de er tiltalt eller dømt for å ha begått, eller på en annen måte er i fare for å begå, nye voldelige handlinger. I praksis vil det si alvorlig ildspåsettelse, drap, vold, seksuell vold eller overgrep mot barn. Vurderinger gjort av rettspsykiater og rettspsykologer vil veie tungt når retten bestemmer om personen skal i fengsel eller dømmes til en av de nye særreaksjonene (forvaring, dom til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg). Videre har kriminalomsorgen eller psykiatriske avdelinger et tungt ansvar for både å sikre samfunnet mot ny vold og tilby disse personene behandling.

Man burde forvente at fagmiljøene sexologi og rettspsykologi/-psykiatri samarbeidet godt. Det gjør de ikke. Man får heller et inntrykk av at de to miljøene har delt verden mellom seg, som kolonimaktene brukte linjalen på Afrika.

Litt uhøytidelig kan denne oppdelingen beskrives som «sexologi» og «sexiatri».

Mens man i sexologi har vært opptatt av undertrykte fantasier og tilbakeholdingstraumer, har man i rettspsykologi vært opptatt av seksuelle fantasier om overgrep. Flere undersøkelser av dømte seksualforbrytere og residiv har funnet en sammenheng mellom fantasering, utprøving og gjennomføring av overgrep. Særlig gjelder dette hos pedofile barneovergripere og ved seksualdrap (MacCulloch et al., 1983, Howitt, 2004). Hos andre grupper, som ungdom og utviklingshemmede, kan det derimot være vanskelig å skille mellom tanker, fantasi og planlegging (Øverland og Revis, 2009).

MODELLER FOR Å FORKLARE SAMMENHENGEN MELLOM SEKSUELLE FANTASIER OG OVERGREP

I rettspsykologi/-psykiatri (forensic psychology) har det i årevis blitt diskutert om fantasering er et substitutt for (og dermed en buffer mot) overgrep, eller om fantasering er et forstadium til overgrep. Flere modeller har gjennom årene blitt fremsatt i den forbindelse, for eksempel Burgess' motivasjonsmodell (1986), Schlesinger og Revitchs stressmodell (1980) og MacCullochs kontrollmodell (1989). Vi vil derfor her kort presentere Finkelhørs kognitive modell, før vi deretter går mer grundig gjennom Jones og Wilsons modell.

Finkelhørs modell:

Innen «forensic sexology» benyttes ofte Finkelhørs modell for å forklare sammenhengen mellom fantasi og overgrep i behandling av seksualovergripere (Belcher, 2008). Modellen er blant annet brukt i behandlingsprogrammet SOTP (Sexual Offender Treatment Program), som siden 1991 har blitt brukt i fengsler i Storbritannia. SOTP tilbys også i Bergen og Trondheim fengsel. Erfaringsmessig unnskylder ofte dømte seksualovergripere sine seksuelle fantasier med at de er et slags akseptabelt sikkerhetsnett som kan løse opp ønsker, behov og intensjoner – og dermed trekke dem vekk fra mulige ofre (Hudson, 2005). Samtidig er det også vanlig at denne gruppen benekter at de har seksuelle fantasier om sin egen overgrepsatferd. Finkelhørs modell tar utgangspunkt i at en fantasi ofte utvikler seg samtidig med behovet for mer seksuelt opphissende materiale. Fantasier om ulovligheter kan føre til en forstyrret seksuell tenkning og dermed formidle en aksept for fantasiene som lovlige og tillatte. Dette trinnet vil, ifølge Finkelhørs forstadier for overgrep, hjelpe overgriperen til å gi seg selv tillatelse til overgrepet (HM Prison Service, 2000).

■ Pithers, W.D. (1990) Relapse prevention with sexual aggressors: a method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. I: Marshall, W.L., Laws, D.R. and Barbaree, H.E. (Eds). *Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender*, New York: Plenum Press, pp. 343–361.

■ Proulx, J., McKibben, A., & Lusignan, R. (1996). Relationship between affective components and sexual behaviors in sexual aggressors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 279–289.

■ Træen, B. (2008). Om behovet for sexologisk kompetanse". *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 45, nummer 6, 670.

■ Ward, T. & Beech, A. R. (2008). "An integrated theory of sexual offending". I Laws, D. R. & O'Donohue, W. T. *Sexual deviance. Theory, Assessment, and Treatment* (2.ed.), s. 21 – 37. New York: The Guilford Press.

■ Zurbriggen, E. L. og Yost, M. R. (2004). Power, Desire, and Pleasure in Sexual Fantasies, *The Journal of Sex Research*; 41, 3, s. 288 – 299.

■ Øverland, S. og Revis, E. (2009). Bruk av SVR–20 for vurdering av risiko for ny vold hos mennesker med psykisk utviklingshemming. *Tilpasninger, råd og betraktninger*. Sentral Fagenhets skriftserie 09/02.

Avvikende seksuell interesse er funnet å være den sterkeste prediktor for gjentagelse av nye seksuelle overgrep (Hanson & Bussiere, 1998). Men overgripere er ofte uvillige til å bekrefte eller diskutere eventuelle avvikende seksuelle interesser og bakenforliggende fantasier.

Proulx et al. (1996) hevder at fantasier om overgrep er sterkt relatert til overgripers sinnstilstand og forekommer ofte som strategi for å regulere humøret opp etter stressende hendelser/konflikter.

Overordnet mål for kognitiv atferdsterapi er å redusere sannsynligheten for å begå nye overgrep. Man forsøker å lære overgriperen hvordan de kan gjenkjenne risikofaktorer, og å unngå og mestre liknende situasjoner, tanker og følelser i framtiden. En underliggende tanke er at overgrep ikke er spontane/impulsive handlinger, men heller et resultat av en kjede av hendelser (Pithers, 1990). Modeller for hvordan overgrep kan finne sted, har derfor blitt integrert i behandlingsprogrammer som tar sikte på å hjelpe overgripere med å identifisere hendelser og situasjoner som kan øke eller senke risikoen for fremtidige overgrep.

Finkelhors modell identifiserer fire stadier som leder frem mot overgrep (Finkelhor, 1984; Belscher, 2008). Stadiene inneholder som oftest bruk av kognitive fordreininger, avvikende seksuelle fantasier og fokuserer på at overgripere bruker både skjult og/eller åpenbar planlegging for å manipulere både omgivelser og offer. Det første stadiet handler om å ha et ønske om å begå overgrep for å oppfylle et behov om dominans eller uvanlig seksuell atferd (som sex med barn). Andre stadium handler om å gi seg selv tillatelse gjennom å fordreie, unnskyldte eller bagatellisere overgrepet. Tredje stadium handler om å skape en anledning, og det fjerde handler om å overvinne motstand gjennom trusler eller belønning.

Jones og Wilsons modell for sammenhengen mellom seksuelle fantasier og overgrep

Jones og Wilsons modell er et spennende forsøk på å forklare hvordan noen personer går over en grense fra seksuelle fantasier til å gjennomføre overgrep. De bruker begrepene «den virkelige verden», «den virtuelle verden» og «fantasiverdenen», og hevder at det er når disse «verdenene» aktivt settes i sammenheng med hverandre at risikoen for overgrep kan øke. I Jones og Wilsons modell er den virtuelle verden en mellomting mellom «fantasiverdenen» og «den virkelige verden». Det er en pseudoverden som består av en blanding av de to andre verdenene. Mens man i fantasien kun benytter egne tanker,

«Overordnet mål for kognitiv atferdsterapi er å redusere sannsynligheten for å begå nye overgrep.»

følelser og minner, gjør «den virtuelle verden» det mulig å manipulere sensoriske inntrykk samtidig som man eksperimenterer med fantasiene. Nedlastede pornofilmer kan nytes fra flere kameravinkler og redigeres til ulike kompilasjoner. I Second Life kan man oppsøke spesielle områder der man kan utforske fantasien med en annen person i sanntid. På MSN og Nettby kan man se og bli sett. «Den virtuelle verden» kan slik gi en fin mulighet til utforskning av seksualitet for de som ikke har mulighet til å dele og nyte fantasier i «den virkelige verden». På en annen side kan «den virtuelle verden» være et springbrett mot å overføre uheldige eller farlige seksuelle fantasier til «den virkelige verden», i verste fall med overgrep som resultat.

La oss foreta et tankeeksperiment: Ola har noen ganger undret seg på hvordan det er å kjøpe sex. Han har ikke fantasert om det i betydningen av at han har aktivt fantasert og onanert til fantasien, men han har tenkt på det noen ganger når prostitusjon har blitt skildret i actionfilmer og under en nyhetsreportasje nylig. Han har derimot fantasier om å ha sex i flere stillinger som hans kjæreste ikke ønsker å være med på, og har likt å fremstå som en person som lever farlig og på kant med loven selv om han lever et lovydig liv. Etter hvert tenker han mer på at å ha sex med en prostituert kanskje av de grunnene kan være spennende. Han «googler» noen nøkkelord og finner raskt flere escorte-sider på nettet med bilder og «reklamefilmer». Etter hvert begynner han å se på slike sider mens han venter på å laste ned den pornografien han vanligvis finner på Internett. Telefonnummer og bilder er lett tilgjengelig, og en dag ringer han da også. Ikke for å faktisk avtale et møte, men for å teste det ut. Han onanerer mens han ringer, og lagrer samtalen på telefonen.

De fleste vil ikke synes dette er en urealistisk fremstilling, og mange vil ut fra denne informasjonen heller ikke synes det er usannsynlig at Ola en dag vil gå til det skritt å kjøpe sex selv om han vet at det er ulovlig. Sannsynligvis vil han bruke kognitive fordreininger for å tillate seg å bryte loven og minimalisere skadevirkningene overfor den prostituerte. Hensikten med tankeeksperimentet er ikke å si noe om kjøp og salg av sex. Hensikten er å vise at sammenhengen mellom tanke og handling avhenger av dynamikken mellom tanke, fantasi, et virtuelt medium (Internett), og at det er en komplisert prosess.

«Fantasiverdenen» og «den virkelige verden».

Alle har vi en indre verden der fantasier og drømmer har relativt fritt spillerom. Noe av det som gjør fantasiverdenen så spesiell, er jo nettopp at ingen andre behøver å ha innsyn i den. I fantasiverdenen finnes ikke fordømming, kritikk eller tabu. I hvert fall ikke fra andre og der og da. Jones og Wilson på-

peker at en fantasi, seksuell eller ikke-seksuell, kan aktiveres når man ønsker det, den kan «spilles igjennom» med flere vinklinger og konklusjoner. Med andre ord «oppdateres» og endres fantasier enten gjennom egen dynamikk eller gjennom input fra «den virkelige verden». Fantasier kan deles med andre dersom de er sosialt akseptable. Mange har vel delt fantasier i lunsjen om å vinne i Lotto og hva man da skulle bruke pengene på. Men seksuelle fantasier har ofte et innhold som gjør at man ikke ønsker å dele dem uten at man er sikker på hvordan de vil bli mottatt. Seksuelle fantasier kan likevel deles med partnere eller i særskilte «seksuelle rom» som klubber eller ringer. Hos de fleste opptrer og utvikler seksuelle fantasier seg likevel som andre fantasier, og forblir i fantasiverdenen. De fleste seksuelle fantasier omhandler heller ikke vold eller sadisme (Dodson, 1996), og mange i «normalbefolkningen» har hatt fantasier om å utføre seksuelle avvik uten at det fører til at de overfører dette til «den virkelige verden» (Zurbriggen og Yost, 2004). Men hos en liten del av befolkningen skjer dessverre akkurat det. Abel mfl. (1987) har i en undersøkelse av 400 seksualovergripere vist at 58 % rapporterte at de hadde seksuell tenning til avvikende seksuelle fantasier før fylte 18 år, og at disse seinere utviklet seg til seksuelle handlinger eller overgrep.

DEN «VIRTUELLE VERDEN» SOM BINDELEDD MELLOM DEN VIRKELIGE VERDEN OG FANTASIENS VERDEN

Som tankeeksperimentet viser, kan aktiv fantasering være et bindeledd mellom seksuelle tanker og seksuell handling. Men hvordan kommer denne sammenhengen til uttrykk? Jones og Wilson innfører begrepet «virtuell verden» (Virtual Space) som mellomliggende variabel eller medium. I «den virtuelle verdenen» blir kjente fantasier prøvd ut og nye fantasier skapt. Pornografi er eksempel på et medium i «den virtuelle verdenen». Som nevnt ovenfor er tilgangen på pornografi blitt langt større i de siste årene. Det har også blitt vanligere med pornografi som tøyser grensene for hva som er mulig i virkeligheten. Såkalt Hentai viser til animert pornografi i form av tegneserier, tegnefilm eller animasjon. Her kan man finne filmer av feer som blir voldtatt, kvinner med gigantiske bryster og menn med penisser som tentakler, småjenter som blir voldtatt av blekkspruter og andre overdrivelser. Tilsvarende finnes det filmer som er filmet med såkalt «POW», altså slik at det ser ut som det er seeren som utfører samleie eller blir sugd. Det finnes også internett-samfunn der man styrer en person som man selv kan skape som man vil, og der møte andre figurer for sex som spilles av andre igjen. I slike internett-samfunn som for eksempel «Second Life» kan man kjøpe sex og da prøve ut

simulerte seksuelle posisjoner. Eller man kan prøve ut ting som er fysisk umulig i den virkelige verden som å ha sex flyende eller ha sex med et snakende dyr. På Second Life eller tilsvarende steder kan man kontakte personer for å ha simulert sex, for deretter å møtes via webkamera. Eller omvendt for den saks skyld.

Med andre ord er det bokstavelig talt kun fantasien som setter grenser. Alt dette er lovlig så lenge det ikke innebærer nedlasting av barnepornografi. Men Second Life og Anime tøyser også her grensene. Ettersom Anime nettopp er animasjon og ikke avbilder «ekte barn», skal det mye til for at slikt blir rammet av loven. Og i Second Life kan de såkalte avatarene se ut som barn, men styres av voksne (og omvendt). Seksuell fantasering er selvsagt ikke i utgangspunktet negativt, heller omvendt. Men fantasering kan bli negativt dersom det øker sannsynligheten for at man kan begynne å planlegge å gjennomføre en fantasi i virkeligheten som påfører andre lidelser. Eller at fantasi gjennom et impulsivt gjennombrudd kommer til uttrykk i virkeligheten etter lengre tids fantasering.

Noen kjenner muligens igjen tanker fra filosofen Jean Baudrillard. Baudrillard har fremsatt tesen om «virkelighetens død» (Aakvaag, 2008). Han hevdet at samfunnet er fullstendig dominert av den høyteknologiske virkeligheten, og at de nye mediene produserer simuleringer av virkeligheten som er mer virkelige enn virkeligheten. Disse «simulakraene» har en egenverdi, og forbrukerne klarer ikke lenger å skille hva som er hva. Vi ser at noen tilbringer mer tid og energi på rollespill på Internett enn i virkeligheten, og at pornografi danner forventninger om hvordan «vanlig seksualitet» skal utføres. Det er ikke lenger slik at pornografi avbilder virkeligheten, virkeligheten forsøker heller å etterape pornografien.

Ut fra Jones og Wilsons modell blir det for enkelt å for eksempel kun forske på antall timer pornografibruk for å lete etter sammenhenger mellom pornografi og overgrep. Eller å vurdere risiko for seksuell vold kun ut fra statistiske data. Den enkeltes fantasi og hvordan han/hun bruker/leker med denne, blir likeså viktig eller viktigere i vurderingen.

«.... virkeligheten forsøker heller å etterape pornografien.»

KONKLUSJON

Sexologi er et fagfelt som bygger på en grunnleggende forståelse av seksualitet som arena for utforskning og nytelse for alle mennesker. Samtidig kan sexologi som fagfelt bidra til å forstå hva som fører til at noen mennesker lar sine behov for utforskning og nytelse resultere i at andre blir skadet. Det bør

«For de fleste vil nok fantasi forbli fantasi.»

også være et mål at sexologisk kunnskap i større grad kan tilføre fagfelt som rettspsykologi og allmennpsykologi større kunnskap, og at denne kunnskapen kan omsettes i behandling. Sexologisk behandling kan slik både hjelpe overgriperen og redusere risikoen for fremtidig seksuell vold. For å lykkes med dette kreves det at man både i allmennpsykologi, rettspsykologi og sexologi har en oppdatert kunnskap også om «den virtuelle verdenen» ettersom dette kan være et viktig bindeledd mellom «å tenke på det» og «å gjøre det».

Det er i dag usikkerhet om sammenhengen mellom seksuelle fantasier og seksuelle overgrep. For de fleste vil nok fantasi forbli fantasi. Noen vil bli reddet om de opplever en fantasi om overgrep, andre vil kunne sublimere fantasien mot et rikere seksualliv, mens en tredje gruppe kan få økt risiko for å leve ut fantasien til et seksuelt overgrep. Ofte har man flere fantasier som overlapper hverandre, og hvor noen er pirrende, mens andre er mer skremmende. Kasus 39 rapporterte nettopp at fantasien om drap gjorde ham redd, mens han klarte å leve ut andre fantasier i form av rollelek. Hvorvidt dette ville ha utviklet seg til seksuelle overgrep dersom han ikke hadde møtt en fordomsfri kvinne, eller om rolleleken videreutviklet seg til overgrep og drap – vet vi ikke.

Vi vil hevde at det er viktig både for behandling og risikovurdering å ha et sterkere fokus på sammenhengen mellom seksuelle fantasier og overgrep, og at fagfeltene sexologi og «sexiatri» har mye å lære av hverandre. Kunnskap fra sexologi og psykologi om positiv utforskning av egen seksualitet kan bidra til en mer helhetlig forståelse og prediksjon innenfor rettspsykologi. Og kunnskap fra rettspsykologi og psykiatri kan bidra til bedre og bredere forståelse og behandling av «den mørke seksualiteten» innenfor sexologi. Det er et håp at Jones og Wilsons modell, eller andre nye modeller, kan føre de to fagfeltene nærmere. ■



Thinking to Some Purpose

KOGNITIVE SIDESPRANG

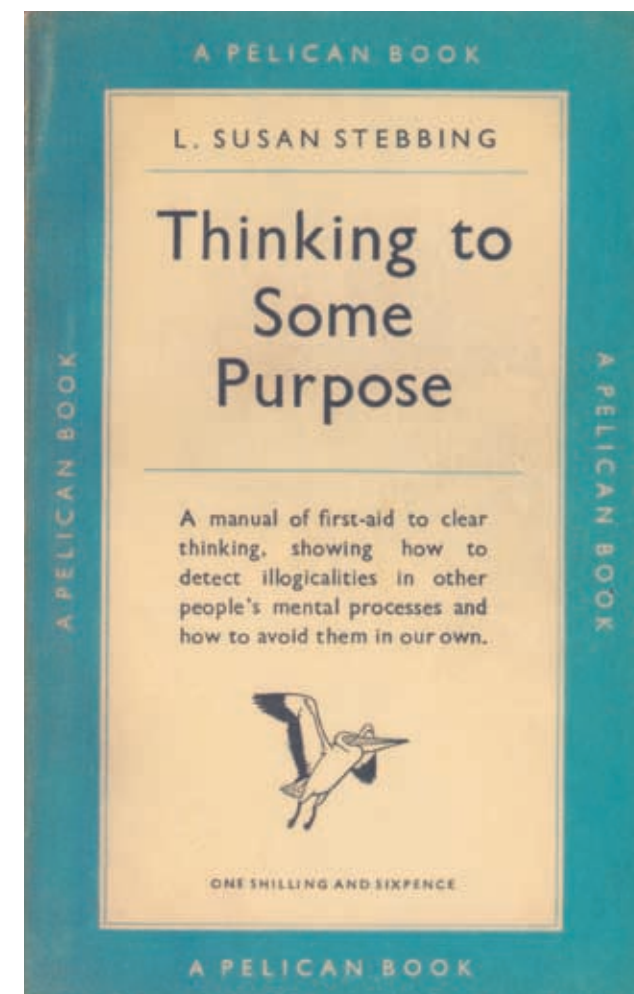
ARNE REPÅL

På en utflukt til Bergen under festspillene i slutten av mai gikk turen innom gamle Beyer bokhandel i Strandgaten. De har en velassortert avdeling med reiselitteratur i annen etasje. Her lot jeg meg friste av boken *First Class. Legandary Ocean Liners Voyages Around the world*. Jeg har en svakhet for tiden før vi ble digitalisert. Da jeg skulle betale for klenodiet, så jeg en eske ved siden av kassen med tittelen Postcards from Penguin, som inneholdt postkort med omslaget til 100 bøker utgitt på forlaget Penguin. Vel hjemme

i Tønsberg åpnet jeg boksen, tok ut bunken med kort og trakk ut ett som lå omtrent midt i bunken. Tittelen gjorde meg nysgjerrig: *Thinking to some purpose*. Den korte beskrivelsen av boken gjorde meg enda mer nysgjerrig:

«A manual of first-aid to clear thinking, showing how to detect illogicalities in other people's mental processes and how to avoid them in our own.» Forfatteren, L. Susan Stebbing, var helt ukjent for meg. For en som er opptatt av selvhjelp og kognitiv terapi, ble ikke interessen mindre av å lese at boken var utgitt som Pelican bok (Penguins serie av fagbøker) i 1952. Det måtte bety at førsteutgaven av boken var enda eldre. Et raskt søk på Internett

viste at boken første gang ble utgitt så tidlig som i 1939. Den 29. mai kom jeg over et pent brukt eksemplar fra Pelican-utgivelsen i 1952 på Amazon Marketplace. Prisen var det ikke noe å si på, og en uke senere lå boken, en standard Penguin paperback i størrelsen 181 x 111 millimeter, i postkassen.



«Spalten vil bære tittelen "Kognitive sidesprang"»

KORT OM FORFATTEREN

L. Susan Stebbing var utdannet filosof og blant mye annet president for «The Aristotelian Society» og «The Mind Association». Hun var født i England i 1885 og døde i 1943. I forlagets omtale av boken kan vi lese at selv om vi jevnt over har en bedre utdanning enn våre forfedre, er det lite som tyder på at vi er bedre til å tenke klart og logisk. Videre kan en lese: «Professor Stebbing wrote this Pelican as a manual of first aid in Clear Thinking, and those who observe her shrewd advice will find themselves increasingly resistant to rumour, slipshod thinking, and hasty conclusions.» Ebbing var opptatt av hvordan våre vansker med å tenke klart skaper problemer både personlig og i det offentlige rom. Mangel på evne til logisk tenkning kan, slik hun så det, være en direkte trussel for demokratiet.

EN NY SPALTE

Den flittige leser av tidsskriftet har kanskje oppdaget at Metaforspalten har manglet i de siste numrene. Det skyldes dels at foreningens medlemmer synes å ha gått tom for metaforer. Vi er fortsatt åpne for nye om noen skulle føle seg kallet, men spalten vil ikke være et fast innslag. Jeg vil imidlertid i de kommende numrene fortsette med å omtale bøker som berører temaet kognitiv terapi uten å være fagbøker på området. Denne gangen var det kombinasjonen av tittel, tema selvhjelp og utgivelsesår som vakte nysgjerrigheten. I neste nummer vil jeg omtale en bok med fokus på filosofers betraktninger rundt den ikke helt ukjente Dr. Gregory House. Han blir tillagt trekk både fra Sherlock Holmes og Sokrates. Dersom noen av leserne har kjennskap til bøker, filmer, fjernsynsserier, skuespill eller intervjuer som på ulikt vis kan knyttes til temaet kognitiv terapi eller kognisjon, så kast dere over tastaturet og send noen ord til tidsskriftet. Spalten vil bære tittelen «Kognitive sidesprang» og forsøksvis være et fast innslag i kommende nummer. ■

En jobb å gjøre

BOKOMTALE

ARNE REPÅL

Boken «En jobb å gjøre» med undertittelen «Fra jobbnerver til arbeidsnærvar» er en lettfattelig bok om psykisk helse og arbeidsliv. Det er også en savnet bok. Med økende fokus på et inkluderende arbeidsliv og mindre sykefravær tar den opp problemstillinger både ansatte og ledere må forholde seg til enten de vil eller ikke. Her har alle en mulighet for å finne god og nøktern informasjon om hva som påvirker psykisk helse og hva vi selv kan gjøre for å forebygge psykiske vansker. Jeg tror det må være riktig å hevde at svært mye av det som ender opp som sykemeldinger med ditto diagnoser har sitt utspring i normalpsykologi. Her har kognitive forståelsesmodeller mye å tilby, og det er nettopp denne kunnskapen boken bygger på.

På samme måte som boken har en leken undertittel har den et lekent språk. For meg er den rett og slett morsom å lese, uten at det går utover seriositeten. Det er tydelig at forfatterne har brukt tid på å gi stoffet en form som, i alle fall for undertegnede, virker stimulerende og inspirerer til videre lesning. Boken har mange og gode vignetter, og konkrete jordnære forslag til hvordan vi kan møte de mange utfordringer et hektisk arbeidsliv stiller oss overfor.

Boken består av 9 kapitler fordelt på fire hovedområder. Første del fokuserer på endringsprosesser, del to tar for seg grunnelementene for en god psykisk helse. I tredje del beskrives de viktigste psykiske helseplagene mens siste del beskriver hvordan arbeidet med psykisk helse kan integreres i virksomhetens daglige drift. Del fire, som bare utgjør 14 av bokens 253 sider, favner i utgangspunktet vidt med tittelen «Sunne organisasjoner og medarbeideres helse.» I praksis er dette et avslutningskapittel med gode eksempler på personalpolitikk som vil kunne være helsefremmende og forebyggende.

For kognitive terapeuter vil boken inneholde mye kjent tankegodt. Jeg tror likevel mange vil finne det nyttig å se kognitive modeller satt inn i den rammen boken legger opp til. Arbeidsplassen er en sentral arena for de fleste av oss. Svært mange av pasientene jeg får henvist har problemer som enten berører eller har sitt utspring i arbeidssituasjonen. Jeg vil derfor tro boken har en bred målgruppe. Dette er god gammeldags folkeopplysning skrevet på en ny og forfriskende måte. ■

En jobb å gjøre
Bjørnar Olsen og Pål Nystuen
Gyldendal. Arbeidsliv, 2010
253 sider



Stadig flere i Norge har tatt i bruk eller er nysgjerrige på tilnærminger basert på oppmerksomt nærvær eller «mindfulness», en metode for stressmestring og selvregulering som det i dag er økende interesse for på mange felt. På denne bakgrunn opprettet en gruppe fagfolk fra hele landet i februar 2010 Norsk forening for oppmerksomt nærvær i helse, utdanning og forskning (NFON). Foreningen er en landsdekkende organisasjon for fagfolk med interesse for oppmerksomt nærvær i yrkesutøvelse og eget liv.

NFONs formål er å:

- Tilby kunnskapsbasert informasjon om oppmerksomt nærvær til fagpersoner som arbeider med formidling av oppmerksomt nærvær i sitt arbeid.
- Fremme forståelse for de holdninger og intensjoner som ligger til grunn for oppmerksomt nærvær.
- Tilby kollegial støtte, erfaringsutveksling og gjensidig veiledning
- Arrangere kurs og konferanser om oppmerksomt nærvær for foreningens medlemmer
- Være en kilde til saklig informasjon og inspirasjon for allmennheten

Nå har NFON fått sine egne nettsider, som jeg gjerne vil invitere deg til å besøke. Adressen er www.nfon.no

Her vil alle som ønsker det ha tilgang til oppdatert informasjon om oppmerksomt nærvær. Fagpersoner som er meldt inn i NFON vil i tillegg ha tilgang til egne medlemssider med en oppdatert kunnskapsbase, nyheter fra foreningen og oversikt over relevante kurs og konferanser.

Alle som i en eller annen form arbeider med oppmerksomt nærvær i sin egen profesjonelle virksomhet, eller som er interessert i temaet, er velkommen som medlemmer av NFON. Du kan melde deg inn på nettsidene. Gi gjerne tilbakemelding om hva du synes via nettsiden. ■



Pasienter med panikklidelse og ikke-kardiale brystmerter mottar ikke adekvat behandling i helsevesenet

Om lag 85 prosent av personer med panikklidelse søker medisinsk behandling for sine symptomer, men panikklidelse blir i liten grad identifisert og behandlet. Amerikanske studier viser at disse pasientene i snitt har kontakt med ti leger før de blir diagnostisert, og at mange av dem selv da ikke mottar adekvat behandling. Dette har trolig mange årsaker: Det er stigma knyttet til psykisk lidelse; pasienten mangler innsikt i sammenhengen mellom psykiske faktorer og kroppreaksjoner; helsepersonell fokuserer på kroppslige sykdommer; sykehusavdelinger preges av høy arbeidsbyrde og tidspress; mangel på adekvate prosedyrer og kartleggingsverktøy for panikklidelse; manglende kompetanse i virksomme behandlingstiltak.

En undersøkelse av Toril Dammen fra 1999 viste at av 200 pasienter med brystmerter som ble henvist til hjertemedisinsk poliklinikk ved Ullevål sykehus hadde 38 prosent panikklidelse. Bare 16 prosent av pasientene hadde angina pectoris. Studien viste at pasientenes panikkangst i stor grad ikke ble identifisert eller riktig behandlet før henvisning. Kun tre prosent av pasientene med panikkangst hadde i utgangspunktet fått informasjon om sin lidelse. En tilsvarende studie ti år etter av Egil Jonsbu sammen med Egil Martinsen, Gunnar Morken og Toril Dammen ved Molde sjukehus viste liknende resultater. Situasjonen synes altså ikke å ha bedret seg. En svensk studie dokumenterer at disse pasientene ikke blir identifisert, til tross for stadig kontakt med helsevesenet, og at mange går i årevis uten å få behandling som hjelper.

Det er viktig at disse pasientene blir møtt på en faglig bedre måte, og at de informeres om at de har en kjent angstlidelse det finnes effektiv behandling

«De har ofte et stort forbruk av helsetjenester»

for. Best dokumentert er bruk av kognitiv terapi, der pasienten får bearbeidet katastrofetanker knyttet til kroppslige symptomer, og systematisk og planmessig utsetter seg for kroppsfornemmelser og situasjoner de vanligvis unngår på grunn av angsten. Ubehandlet har disse pasientene økt risiko for å utvikle unngåelsesadferd og agorafobi, depresjoner og alkohol- og medikamentavhengighet. De har ofte et stort forbruk av helsetjenester – de blir lett gjengangere i helsevesenet. På verdens helseorganisasjons liste over sykdommer som koster samfunnet mest økonomisk kommer denne pasientgruppen høyt opp, både på grunn av arbeidsfravær og forbruk av helsetjenester.

Det finnes studier av kortidsopplegg med rådgivning på somatiske sykehusavdelinger rettet inn mot å hjelpe pasientene til å fortolke de kroppslige angstsymptomene på en mindre katastrofal måte. Informasjonen er basert på en kognitiv modell for panikkklidelse. Det er nødvendig med bedre rutiner for screening og kartlegging av panikkklidelse. Disse pasientene trenger å få utdelt egnet informasjonsmateriell og å bli møtt med gode informasjonsstrategier. Enkle tiltak her kan gi store helsegevinster for pasientene. Noen kolleger og jeg planlegger et initiativ for å drøfte dette med «våre» somatiske sykehusavdelinger, og vi oppfordrer andre kognitive terapeuter til å gjøre det samme! ■

Nidaros DPS, St.Olavs Hospital inviterer til,

Nidarosseminaret 2010 16 og 17 september

«Coping with chaos; Treating Multiple Severe Disorder with Dialectical Behavior Therapy (DBT)».

Dialektisk atferdsterapi (DBT) ble utviklet av prof.Marsha Linehan for behandling av voksne kvinner med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og gjentatt mønster av selvskadende / suicidal atferd. DBT har i forskningsstudier vist seg å være en lovende behandlingsmetode for pasienter med følelses- og impulskontrollforstyrrelser.

Foredragsholder: Dr. Sarah Reynolds, PhD, USA

Sted: Kvinne/barn senteret, St.Olavs Hospital

Pris: 3000 kr (2000 kr for ansatte ved Nidaros DPS).

Påmelding: Kurssekretær Iris R. Simavik, Nidaros DPS, e-post: iris.ryeng.simavik@stolav.no eller telefon 73 86 54 00 innen 10.august.

Spørsmål rettes til kursansvarlig Bodil Kråkvik eller Morten Mitsem tlf: 73 86 54 00.

Seminaret er godkjent tellende som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet for spesialiteten i klinisk psykologi. Det er også godkjent for: Allmenntilleggsstudium med 15 poeng som emnekurs/klinisk emnekurs i psykiatri til videre- og etterutdanning; Psykiatri: godkjent med 15 timer som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning; Barne- og ungdomspsykiatri: godkjent med 15 timer som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning. Seminaret er også søkt godkjent som tellende for klinisk spesialitet for sykepleie.

Med vennlig hilsen

Bodil Kråkvik
seksjonsleder
FoU

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



**NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI**