

### A. Schjøth svarer:

En hovedsak i denne debatten er at de homofile organisasjoner bare omfatter anslagsvis 5 % av alle homofile. Innenfor den store tause majoritet er det flere som sliter med homofile livsproblemer, men som ikke ønsker å få befestet en homofil identitet eller etablere samkjønnet samliv.

Disse har et påtrengende behov for livshjelp som er på linje med deres eget verdisyn, og eventuelt tilbud om reorientering. At reorientering er mulig når motivasjonen er til stede, er nå blitt ytterligere bekreftet (1). Taler Monica Wegling mot bedre vitende?

Wegling uttaler seg skråsikkert om forklaringen på den økte suicidalrisiko ved homofili. Men mange faktorer må her antas å gjøre seg gjeldende, og årsaksforholdene er fortsatt ikke sikkert avklart. Det betyr at det kan være flere veier til å motvirke selvmord blant homofile.

Vi er ikke uenig om at årsakene til homoseksualitet fortsatt er omdiskutert. Dagens hovedoppfatning er at homofili skyldes et dynamisk samspill mellom biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer. Det forklarer at det innenfor denne rammen finnes mange former, grader og forløp av homofili, som derfor ikke behøver å være fastlåst fra tidlig alder.

Vi er heller ikke uenig om at den primære begrunnelse for ikke å behandle har vært at homofili ikke lenger regnes som sykdom. Derfor taler jeg bevisst om «livshjelp» og «reorientering» istedenfor «behandling». Det bærende hovedargument har vært at de homoradikale ikke skal ha monopol på hva livshjelpen baseres på, og at reorientering er mulig.

Jeg er enig i at homofili ikke lenger er en privatsak, men er blitt et viktig offentlig anliggende. Her brytes ulike verdisyn mot hverandre. Mitt hovedanliggende var å peke på en rekke verdiproblemer som har vært lite fremme i debatten. Et sentralt spørsmål er nå om homofilt samliv skal likestilles med heterofilt ekteskap innenfor en kjønnsnøytral lovgivning. Wegling forbigår de fleste av disse viktige verdispørsmål.

Wegling har en rekke fordømmende kraftuttrykk mot mine oppfatninger. Min oppfordring om at de følelseladete frontene på dette området nå bør erstattes av toleranse overfor ulike syn om et komplisert livsproblem, har åpenbart gått henne hus forbi. Denne oppfordring er derfor fortsatt høyaktuell, men kanskje likevel forgyves?

**Arne Schjøth**  
Kristiansand

#### Litteratur

1. Spitzer R. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 403–72.

### Livshjelp og reorientering ved homofile livsproblemer

I Tidsskriftet nr. 18/2004 skriver Reidar Kjær & Morten Selle at «reparasjonsterapi» ved homofili er «ufaglig, uetisk og potensielt helseskadelig» (1). Jeg har tidligere fremholdt at det er fagetisk forsvarlig å tilby muligheten av reorientering til homofile som ut fra egne verdinormer ønsker et slikt tilbud (2).

Psykiateren Robert Spitzer, som var en sterk pådriver for at homofili i 1973 ble fjernet fra den psykiatriske diagnoselisten i USA, har nylig gjennomført en strukturert intervjuundersøkelse av 200 homofile som hadde gjennomgått reorientering. Studien er publisert og kommentert av 26 inviterte fagpersoner i *Archives of Sexual Behavior* (3). Vurderingene dekker hele spekteret fra negativ kritikk til positiv støtte. Majoriteten av de intervjuede rapporterte forandringer i overensstemmelse med hva som ville forventes hvis det hadde skjedd en endring fra en dominerende homoseksuell til en dominerende heteroseksuell orientering (3). Det var usannsynlig at et mulig uspesifikt avvik kunne forklare resultatet. Denne konklusjonen er på linje med tidligere studier og personlige vitnesbyrd fra homofile.

I USA er det nå to teoretiske, ideologiske leirer i denne saken: den verdikonservative og den verdiliberale, som begge bygger på at homofil identitet er mer flytende enn fiksert (2). Den saklige debatten i USA står i sterk kontrast til Kjær & Selles bastante skråsikkerhet. De synes å overse at også deres oppfatning er innvevd i menneskesyn og ideologi.

Siden homofili i dag ikke regnes for en sykdom, bør det her ikke tales om terapi, men om hjelp med homofile livsproblemer. Slik hjelp kan utøves av både leger og andre i og utenfor helsevesenet og i respekt for klientenes livssyn og verdigrunnlag, slik også Kjær & Selle understreker.

De homofiles organisasjoner omfatter bare om lag 5 % av alle homofile. Blant de øvrige 95 % finnes mange som også trenger hjelp med homofile livsproblemer og flere som ut fra sitt verdigrunnlag ikke ønsker å etablere samkjønnet samliv. Ut ifra vår tids overordnede autonomietikk bør de ikke påtvingsvis rådgivning som har som mål å befeste homofil identitet, og de som ønsker en kirkelig, bibelbasert hjelp, må kunne få det.

Kjær & Selle synes å benekte at homofile følelser i ungdomsårene kan være et forbigående fenomen og kritiserer det syn at man kan velge homoseksualitet som livsstil (2). Men deres medforfatter H. Svare i boken *Norsk homoforskning* går inn for at man fritt bør kunne velge en slik livsvei (4). De nedvurderer også de tradisjonelle familieverdier og kjønnpolariteten i ekteskapet som en fundamental livsverdi. Kjær & Selle bekrefter derved at homofili vedgår

samfunnets verdigrunnlag på et sentralt livsområde.

**Arne Schjøth**  
Kristiansand

#### Litteratur

1. Kjær R, Selle MS. «Reparasjonsterapi» er ufaglig og uetisk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2396.
2. Schjøth A. Er homofili en entydig og fastlåst tilstand? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1965.
3. Spitzer R. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 403–72.
4. Svare H. Homoseksualitet mellom biologi og kultur. I: Brantsæter MC, Eikvam T, Kjær R et al, red. *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforlaget, 2001: 303–24.

### R. Kjær & M.S. Selle svarer:

Spitzers studie er retrospektiv og baserer seg på telefonintervju med personer som med oppgitt positivt utfall hadde gjennomført hovedsakelig religiøst inspirerte «reorienteringsprogrammer» (1). Rekrutteringen skjedde i tett samarbeid med organisasjoner som driver slik virksomhet, og 78 % av deltakerne hadde på forhånd offentlig argumentert for «reorientering» (2, 3). Det er usikkert om alle deltakerne var homoseksuelle (1, 2). Studien viser kun at noen av disse hevder at de kan leve i et heteroseksuelt forhold. Det er derfor ikke mulig å generalisere noe som helst ut fra denne sterkt kritiserte studien (1, 3), som nå utnyttes politisk (2, 4).

Spitzer selv erkjenner de fundamentale metodologiske problemene (1). Han påpeker at et slikt utfall er sjeldent og sier det vil være en alvorlig feil å konkludere at selv høyt motiverte homoseksuelle kan endre sin seksuelle orientering, eller at studien viser at homoseksualitet er et valg (4). Svares artikkel i boken *Norsk homoforskning* konkluderer også med at seksuell orientering ikke er noe vi fritt velger.

Det er avgjørende for god behandling å respektere pasienters integritet og autonomi. Jo sterkere et individ er influert av og under press av rådende normer i vedkommendes sosiale kontekst, desto vanskeligere er det å oppnå autonomi. Man må derfor undersøke bakgrunnen for et ønske om å endre eller undertrykke sin homofili, og gi informasjon som styrker autonomien. Usynliggjøring av homofil ungdom representerer en vesentlig helserisiko, der lavt selvbilde bidrar sterkt til den alvorlige selvmordsproblematikken (3). «Terapi» som øker den internaliserte homofobi er i denne sammenheng farlige.

Norsk psykiatrisk forenings uttalelse mot «reparativ terapi» ivaretar viktige allmenne samfunnsmessige verdier som antidiskriminering (5). Schjøth ser på homofili som en uønsket og patologisk tilstand, som bør behandles på en eller

annen måte. Vi håper at Schjøth ikke selv bedriver denne malpraksis han så sterkt argumenterer for.

**Reidar Kjær**  
**Morten S. Selle**  
Oslo

#### Litteratur

1. Spitzer R. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 399–472.
2. Besen W. Anything but straight. Unmasking the scandals and lies behind the ex-gay myth. New York: Harrington Park Press, 2003.
3. Wainberg M. Reply to Spitzer's (2003) reply. *Arch Sex Behav* 2004; 33: 83–5.
4. Stålström O, Nissinen J. The Spitzer study and the Finnish parliament. I: Lingiardi V, Drescher J, red. *The mental health professions and homosexuality: International perspectives*. New York: Haworth Medical Press, 2003.
5. Referat fra årsmøtet i Norsk psykiatrisk forening oktober 2000. *Fellesnytt* 2000; 21: 21–3.

## Astma eller bare for tørr inneluft?

Er det riktig at så mange barn har astma? De fleste barn som får en astmadiagnose, er innvandrere fra varmere land. Disse har ingen familiedisposisjon for astma. Foreldre som har bodd i et varmere land, har ikke hatt astma. Som allmennpraktiker har jeg lagt merke til at hos barn som kommer pga. mistanke om astma, er hoste om natten hovedgrunnen for mistanken. Nattdag hoste kan fremkomme ved astma, men betyr det at all nattdag hoste er tegn på astma?

For tørr og for varm inneluft fører til hoste, spesielt om vinteren og når varmen er på og vinduene og dørene er lukket. I en slik situasjon begynner barnet å hoste, og etter flere hosteanfall får barnet inflammasjon i luftveiene. Dette fører til at hosten fortsetter, som i en ond sirkel. I varm inneluft vil et barn svette og kaste av seg dynen. Dette kan føre til en lett forkjølelse. Barnet begynner å hoste. Senere kan dette vurderes av kolleger som astma.

En familie som bodde i et vestlig land med kaldt vinterklima, fortalte meg at deres tre år gamle barn hostet om natten. Familien

fikk mistanke om at årsaken var tørr inneluft. De skaffet seg en luftfukter til soverommet, og barnet sluttet å hoste om natten. Det er en likhet mellom dette og det å åpne vinduet. Jeg mener at dette har med altfor bra isolering i hus i kalde, vestlige land å gjøre. Irritasjonshoste kan være like sterk som hoste ved astma. Årsaken til denne hosten er for seigt slim i luftveiene. De fleste barn som er plaget av irritasjonshoste, blir bedre når de får inhalasjonskortikosteroider. Men dette er i beste fall bare symptomatisk behandling lik den vi pleide å gi ved falsk krupp (og som hjelp). Dette er en dyrere og mer bivirkningsfull behandling. Første bivirkning kan være sykdomsfølelse.

Man bør først gi råd om å minske isoleringen, for eksempel å ha vinduet på soverommet litt åpent (ikke bare lufteluken). Senere kan man vurdere om den nattdag hosten er et symptom på astma. Jeg mener at falsk krupp, som også forekommer om vinteren hos barn, og nattdag hoste er ulike sider av samme tilstand og må behandles likt: frisk luft. Vi må være forsiktede og ikke stille diagnosen astma hvis barn er plaget av hoste som følge av for tørr og for varm inneluft. Lærebøkene kapitler om nattdag hoste og astma bør kanskje omskrives før flere barn får feil og bivirkningsfulle medisiner.

**Shahnaz Soudaei**  
Lambertseter Legesenter  
Oslo

## Tanker omkring spisemani

Vi ser ofte at fett blir utropt som den store synderen når det snakkes om overvekt eller vår tids hysteriske slanketendens. Ikke minst unge forfaller lett til en sykkelig kroppskultur. Mange begynner likevel å få opp øynene for den spesielle atferd som ses hos mange overvektige/fete. Det overdrevne inntak av mat starter en avhengighet som kan minne om den atferd man ser hos dem som er avhengige av alkohol eller narkotika. På samme måte som den narkomane bruker narkotika til å styre sine følelser, bruker den matavhengige mat. Målet er umiddelbar tilfredsstillelse. Dette

fører med seg selvcentrert tankegang og skaper en spesiell atferd. Denne holdningen «jeg vil ha det jeg vil ha, og jeg vil ha det nå!» kjenner vi fra andre avhengige. Tanker kretser om å skaffe seg og få tilført «stoffet».

Overvektige oppfatter ikke at de har noe problem med seg selv; de er kun opptatt av vekten og ønsker bare at de kunne spise slik de selv vil. De fleste overvektige forteller at «de spiser nesten ikke». Dette er selvbedrag. Benektelsen er typisk for avhengige. Oftest har de, som andre avhengige, et helt arsenal av unnskyldninger for å fortsette overspisingen. Enten er de så stresset, så følsomme, så ensomme eller så utsetter de endring til i morgen. De kan også oppleve manglende viljestyrke. På en uhensiktsmessig måte søker de å tilfredsstille fysisk og/eller følelsesmessig hunger. Dette kjenner vi igjen hos alkohol- og narkotikaavhengige. Bare sjelden ligger organiske forandringer, som for eksempel hormonforstyrrelser, til grunn.

Benektelsen skader muligheten for et veltilpasset liv. Vi ser at forholdet til venner og familie blir svekket når suget er å stille egne, kortsiktige behov. Overvektige må derfor konsentrere oppmerksomheten om seg selv og egen atferd. Det samme gjelder anoreksipasienter.

En syk livsstil må endres, en kursendring på 180 grader – en omvendelse. Dette kan være så smertefullt og vanskelig at de fortsetter sin destruktive livsstil. Misbruk trives best i en forutsigbar hverdag der tilfredsstillelse av behovet ikke blir truet. Den overvektige må selv påta seg ansvaret for å mestre et nytt liv med sunne kostvaner, mosjon og en ny atferd som ikke preges av avhengighet.

Kanskje er mange motivert, men de vet ikke hvordan de skal klare det. De trenger veiledning som gir dem innsikten de trenger for å styre eget liv. Nye verdier må skapes. Det er hjelp å få, men ingen mirakelhelbredelse. Som premie kan det finnes en hverdag med selvrespekt og velvære – en dag om gangen.

**Per Vollset**  
Nesttun