

Maktasymmetri vid gynekologisk konsultation

Barbro Wijma

I artikeln diskuteras maktförhållanden och möjligheter i mötet mellan gynekologen och patienten/kvinnan. Speciellt granskas den gynekologiska undersökningssituationen, samtal med kvinnan om sexualitet, samt mötet med kvinnor med en bakgrund av övergrepp.

Barbro Wijma är överläkare och docent vid Kvinnokliniken i Linköping och chef för dess avdelning för psykosocial obstetrik och gynekologi samt klinisk sexologi. Där utreds och behandlas patienter som lider av sexuella problem, smärttillstånd, traumatiska upplevelser och fobier relaterade till obstetrik/gynekologi samt sviter efter övergrepp.

Den tid är förbi när gynekologers¹ arbete bestod av att undersöka, operera eller på annat sätt bota sjukdomar i kvinnors² underliv. Att vara gynekolog idag är mycket mer och svårare. Psykosociala faktorer har trängt sig in i specialiteten. Gynekologer har successivt fått acceptera att de arbetar i ett gränsland mot psykologin, där kvinnors upplevelser spelar en avgörande roll för deras tillfredsställelse med den erbjudna vården.

Men även kvinnors position i samhället tränger sig in i mottagningsrummet hos gynekologen. Anne-Marie Berggren menar att "i relationerna mellan kvinnor och män sker ett icke urskiljbart samspel mellan biologiskt och socialt/kulturellt kön. Strukturellt sett karakteriseras relationen mellan könen av mannens överordning, tolkningsföreträde och makt." (1) Vad betyder då detta synsätt för mötet mellan gynekologen och kvinnan som patient?

I mötet finns flera relationer att räkna med: 1. Patient-läkarrelationen. I denna relation fastställer Hälso- och sjukvårdslagen att patienten är subjekt med full bestämmanderätt över sin kropp. I praktiken ser det emellertid ofta ut som om läkaren i kraft av sin posi-

tion är överordnad patienten, har tolkningsföreträde och makt. 2. Relation mellan en kvinna och en man (om läkaren är en man). I detta fall är det rimligt att räkna med att relationerna mellan kvinnor och män, så som de ovan citeras, påverkar vad som kommer att utspelas och, än mer, tolkas ha skett. Denna maktstruktur adderas då till den som patient-läkarrelationen skapar. I relationen mellan en kvinnlig läkare och kvinnan/patienten borde patient-läkarrelationen blir mer renodlad. Men kvinnan/patienten bär också här med sig sin "underordning". 3. Relationen i mötet bygger både på ett samtal och på en kroppsspråk. I den gynekologiska undersökningssituationen berör gynekologen med sina händer kvinnans genitalia. Eftersom relationen i detta möte bygger på kroppsspråk och hur dettas signaler uppfattas, finns här stora möjligheter för omedvetna attityder att slå igenom. Situationen kan, å andra sidan, utnyttjas för att påverka maktstrukturen mellan patient/läkare respektive könen på ett konstruktivt sätt; om den utnyttjas i sin fulla potential.

Denna artikel handlar om dessa dolda möjligheter till maktutövning/maktförskjutning. Med hjälp av några konkreta exempel vill jag visa vilken betydelse det kan få, om gynekologen räknar med maktstrukturerna kring sitt möte med kvinnan.

Konsultationen

I samtalet med en kvinna avslöjar gynekologen sin syn på maktförhållandena mellan könen genom att t ex välja att se/inte se eller fråga/inte fråga kvinnan om de symptom hon söker hjälp för kan vara uttryck för hennes underordnade position i familjen, på arbetsplatsen eller annorstädes (1).

Gynekologen avslöjar också vilken position han/hon vill tilldela kvinnan i förhållande till sjukvårdsapparaten. Han/hon väljer att ge/inte ge kunskap till kvinnan om hennes problem, så att hon i fortsättningen själv kan/inte kan ta hand om problemet. Han/hon väljer att medikalisera/inte medikalisera symptom som t ex är uttryck för en alltför stressande eller krävfull livssituation. Därigenom gör han antingen kvinnan beroende

¹ Som "gynekolog" benämns den som utför gynekologiska undersökningar.

² Patienten benämns med "kvinna".

Vem tror jag mig vara? Vilken är min roll i denna undersökning? Vem har makten/kontrollen i situationen?

av sjukvårdens resurser för att klara av livet eller hjälper till att frigöra den kraft som kan finnas i kvinnan själv att ta tag i sin livssituation och försöka förändra den så att krav och förmåga passar ihop (2).

I samtalet med kvinnan kan detta ställningstagande vara genomtänkt och genomsyra diskussionen. När samtalet övergår i kroppsundersökning krävs mer. Attityden måste då uttryckas i konkret handling och styra gynekologens beteende, för att det skall finnas kongruens mellan budskapen i samtalssituationen och i undersökningssituationen. Om kongruens saknas kommer kvinnan att påverkas mer av hur gynekologen uppträdde än av vad vederbörande sade. För att ett ställningstagande skall få konsekvenser i beteende, måste valet ha integrerats i individens person.

Inför all kroppsundersökning ställs därför för läkaren omedvetet vissa frågor på sin spets; såsom: Vem tror jag mig vara? Vilken är min roll i denna undersökning? Vem har makten/kontrollen i situationen? På ett medvetet kognitivt plan har sjukvårdslagen reglerat maktfrågan: Patienten är subjekt och fattar besluten efter information från läkaren. I mötet mellan den manlige läkaren och kvinnan blandas sannolikt också maktstrukturerna i samhället in i läkarens svar på frågorna.

Hur läkaren förhåller sig i dessa frågor avslöjas ofta i hans/hennes kroppsspråk i undersökningssituationen. För en gynekolog blir det extra tillspetsat: Gynekologen berör den nakna kvinnans genitalia och penetrerar hennes slida. Det budskap som förmedlas får därför ofta en stark symbolisk innebörd. Kvinnor talar om underlivet i termer av "det allra heligaste", "det mest personliga efter själen".

I denna situation känner sig kvinnor oerhört utlämnade (3). Situationen att vara blottad i ett underkastelse-läge adderas till det underläge patientpositionen respektive den eventuellt förekommande relationen kvinna/man innebär.

Kraftfältet är ibland förstärkt av att situationen för kvinnan råkar vara/bli en "trigger"-situation, som på sin likhet med någon tidigare upplevelse, när hon blivit kränkt, plötsligt kan locka fram känslor och kroppsliga reaktioner, som hänger ihop med vad som hände då (3). En för kvinnan oförklarlig och oerhört stark känsla av

förnedring kan då överväldiga henne och styra hur hon kommer att uppleva den aktuella situationen (3). Sådana reaktioner kan såväl en manlig som en kvinnlig undersökare framkalla, och vare sig kvinnan behandlats kränkande eller ej.

Situationen lämnar också plats för omedvetna integritetskränkningar och för maktdemonstration. Det budskap detta beteende förmedlar får en stark genomslagskraft, eftersom undersökarens overta beteende är berörande av genitalia och penetration. I den gynekologiska undersökningssituationen kan kvinnan både kränkas oerhört och upprättas/ges ett värde.

Ett förhållningssätt som undersökaren kan välja är att se sig själv som någon som skall tjäna kvinnan, genom att i undersökningssituationen erbjuda henne den utredning hon önskar, och på ett sätt som hon finner acceptabelt (2). Detta förhållningssätt kan förmedlas med hjälp av några gester: "Vill Du att jag skall undersöka Dig?" Ett annat exempel är att fråga kvinnan om hon vill ha en extra kudde under huvudet, eller höjd huvudända på stolen, eller om benstöden behöver justeras efter hennes lårängd. Sådana konkreta beteenden förmedlar på ett mycket kraftfullt sätt vilken rollfördelning gynekologen vill ha.

Att i den gynekologiska undersökningssituationen förmedla känslor av stolthet över "underlivet" och ge kunskap om det till kvinnan är att välja att ge makt till henne. Internationellt har det pläderats för att använda undersökningssituationen som en "pedagogisk gynekologisk undersökning", där kvinnan i samband med en gynekologisk undersökning får lära sig så mycket som möjligt om sitt underliv och dess funktioner, samtidigt som positiva känslor medvetet associeras till situationen, som stolthet, avspändhet, glädje, nyfikenhet (4).

Genom sitt eget val av position i undersökningssituationen styr gynekologen också vilken position som blir möjlig för kvinnan att inta. Om gynekologen väljer en tjänande position skapas förutsättningar för att kvinnan skall få kontroll och makt i situationen. Gynekologen kan t o m medvetet försöka träna kvinnan att ta och behålla kontroll över situationen, och på detta sätt bli bättre rustad inför kommande gynekologiska undersökningar.

Att i den gynekologiska undersökningssituationen förmedla känslor av stolthet över "underlivet" och ge kunskap om det till kvinnan är att välja att ge makt till henne

Sexualitet

Att fråga eller inte fråga kvinnan hur sex fungerar för henne innehåller ett dolt budskap. När gynekologen frågar, förmedlar han/hon: "Hur sex fungerar för Dig är en väsentlig del av Din kropps funktion, och Din upplevelse av detta är väsentligt." Budskapet innehåller respekt och förmedlar en syn att hennes upplevelse av sin kropp och sin sexualitet är något värdefullt. Det dolda budskapet i icke frågande är, att det för gynekologen är oväsentligt hur sex fungerar för kvinnan; och att hon kanske borde tycka så också.

Om gynekologen skulle vilja förmedla sitt ifrågasättande av de rådande maktförhållandena mellan könen, har han/hon ett utsökt tillfälle att göra detta i ett samtal om sex.

- Det gäller att fråga efter kvinnans perspektiv och använda sin fantasi för att försöka förstå vad hon tänker och upplever. Egna upplevelser, associationer och värderingar bör därför vara bortstädade, och hennes svar och berättelser tas emot utan argumentering, värdering eller ifrågasättande. Budskapet är att kvinnans tankar och känslor är av stort värde.

- "Kulturen" sätter ofta likhetstecken mellan sex och samlag. Detta kanske kvinnan också tagit till sig och därmed nedvärderat andra former av sexuellt beteende. Om gynekologen i sitt sätt att tala skiljer på begreppen, förmedlar han/hon därför ett tydligt budskap.

- Gynekologen kan också räkna med att en viss andel av patienterna är homosexuella, inför vilket ordvalet i ett samtal om sex lätt avslöjar hans/hennes brist på integrering av homosexualitet i sin världsbild.

- För att kvinnan skall tala med gynekologen om sex behöver vederbörande ofta "ge" kvinnan orden. Få kvinnor har någon vana att i ord redogöra för vad de tänker, känner eller vad som händer i kroppen under olika delar av en sexuell cykel. Därför är det ofta svårt för kvinnan att spontant ställa frågor eller berätta om problem. Gynekologen har ett professionellt ansvar för att benämna, ställa frågor och därmed skapa möjligheter för ett samtal om sex.

- Patienten kan med ordet "sex" mena något helt annat än vad gynekologen lägger i ordet och eventuellt brukar göra. Gynekologen behöver därför öva sig att använda ord för alla tänkbara sexuella beteenden, så att dessa till slut "ligger bra" i hans/hennes mun och öron. Risken är annars stor att gynekologen bara kommer att få höra om sådana sexuella aktiviteter som han/hon själv utövar/tycker är normala.

Gynekologen avslöjar också sitt förhållningssätt till

Gynekologen har ett professionellt ansvar för att benämna, ställa frågor och därmed skapa möjligheter för ett samtal om sex

maktförhållandena mellan könen genom att acceptera/ inte acceptera sitt ansvar för att ge kunskap (empowerment), t ex ifråga om sex. Ett exempel:

- När gynekologen gör den första gynekologiska undersökningen på en ung kvinna, som inte haft samlag, och identifierar en partiell vaginism (spända, ömmande levatorbukar och föga plats i slidan samt upplevd sveda) har han/hon ett val: Att förklara eller inte förklara sitt fynd för flickan och berätta hur detta kan komma att påverka hennes första samlag, samt hur hon kan hantera situationen (5). Väljer gynekologen att förklara mekanismerna ger vederbörande flickan redskap för att göra det första samlaget till något positivt.

Det finns också några områden där ett omedvetet accepterande av samhällets maktstrukturer kan ha bidragit till att området ifråga så länge försumrats i litteraturen och i diskussionen inom professionen:

- Under många år fördes inte kunskapen om Postcoital Antikonception (dvs en aspekt på makt över reproduktionen) ut till kvinnor, trots att principerna för densamma var välkända för läkarna.

- Vaginism, och speciellt partiell vaginism är ett försummat område, trots att det leder till stort lidande för många kvinnor och trots att bra behandlingsmetoder finns (6). Kvinnor med dessa problem kan inte ha samlag eller upplever stark sveda under eller efter samlag. Mäns oförmåga att ha samlag har, utan överdrift, tilldragit sig betydligt större uppmärksamhet och blivit föremål för en ökad sjukvårds- och läkemedelskonsumtion.

- Den kvinnliga partnern som en deltagande, integrande och upplevande part vid erektil dysfunktion hos mannen har ägnats obetydlig uppmärksamhet i vetenskapliga studier och ingår ofta inte heller i utredningen av denna sexuella dysfunktion.

Våld

En bakgrund av övergrepp är vanlig hos vuxna kvinnor (7,8). De siffror som redovisas varierar, beroende bl a på använd definition, undersökningspopulation och -metod (9). Kvinnor som upplevt övergrepp har en ökad sjuklighet (10) och söker oftare än andra kvinnor hjälp i vården (11). I vissa patientgrupper vet man att det fö-

religger en ökad förekomst av en bakgrund av övergrepp (12,13,14). Våld kan således påstås vara en sjukdomsorsak hos kvinnor (15). När gynekologen ser/inte ser respektive frågar/inte frågar om våld avslöjar han/hon sin syn på maktstrukturen i samhället: Om våld är en vanlig sjukdomsfaktor hos kvinnor och gynekologen inte bryr sig om att fråga om detta, betyder detta att vederbörande anser att det är acceptabelt att kvinnor utsätts för övergrepp och som konsekvens härav blir sjuka; dvs har ett mindre människovärde än andra.

"Har Du varit utsatt för våld, eller blivit tvingad till något som Du inte vill som har med sex att göra?" "Har Du fått stryk hemma?" (15). Sådana och liknande frågor kan alltså hävdas höra till varje mer noggrann medicinsk anamnes av en läkare utan skyggglappar för vissa möjliga sjukdomsorsaker.

Några studier visar en hög förekomst av övergrepp hos de kvinnor som söker hjälp på en kvinnoklinik. I en studie från Linköping från 1996 redovisas en bakgrund av övergrepp hos var fjärde patient som sökte kvinnokliniken (11). Några procent av alla kvinnor led av symptom talande för ett komplett Post Traumatiskt Stress Syndrom (PTSD) efter övergrepp (16). I figur 1 illustreras vilka huvudgrupper av symptom som hör till PTSD.

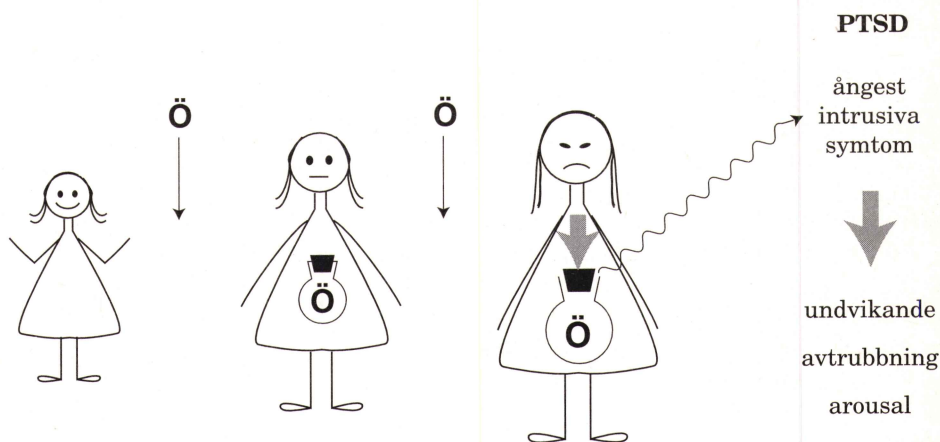
Jehu har i flera böcker skildrat vad som kännetecknar en grupp patienter som utsatts för övergrepp som barn (17) (tabell 1). Detta sätt att fungera ter sig helt logiskt för patienten utifrån hennes bakgrund, men det

skapar ofta problem i relationen till vårdgivare. Kring dessa patienter uppstår lätt missförstånd och konflikter, vilka kan provocera en oförberedd gynekolog att reagera emotionellt och t ex bli arg vid en provokation. Detta blir då för patienten en bekräftelse på att hon är värdelös, att alla vill henne illa, och att det inte finns någon hon kan lita på.

Tabell 1. Kognitiva förändringar hos kvinnor med bakgrund av övergrepp.

1. Vanliga tankemönster:
 - "det är farligt att komma nära andra människor eftersom de alltid bedrar, utnyttjar eller skadar en"
 - "man kan inte lita på någon enda man"
 - "man kan inte förlita sig på kvinnor; de är alla svaga och duger inget till"
 - "jag är underlägsen andra människor, värdelös och skadad för livet"
 - "det spelar ingen roll vad som händer mig här i livet".
2. Relationer till män präglas ofta av rädsla, misstroende, översexualisering, underkastelse, ilska och/eller fientlighet.
3. Relationer till kvinnor präglas av missaktning, förringande och/eller fientlighet.
4. Ett förvrängt sätt att kontrollera sina antaganden:
 - de skapar omedvetet sådana situationer som konfirmerar deras värsta antaganden
 - de tar in information selektivt, på ett sätt som passar deras antaganden.
 - de generaliserar utifrån sina observationer på ett sätt som stöder deras antaganden

Efter Jehu -88



Figur 1. Kvinnan som upplevt övergrepp har ofta gömt minnena och hithörande känslor som i en "burk och satt på locket". På sikt ger detta upphov till två grupper av symptom hörande till Post Traumatiskt Stress Syndrom: 1 Ångest och intrusiva symptom läcker trots allt ut från burkens innehåll framför allt i situationer som liknar den traumatiska situationen. 2. Strävan att hålla burkens lock nedtryckt leder till undvikande av situationer liknande den traumatiska, till allmän känslomässig avtrubning för att inte plågas av känslor från burken, samt till en generell uppvarning.

För att inte skada kvinnor behöver gynekologen ständigt räkna med att de kan ha en bakgrund av övergrepp, att flash-backs kan dyka upp framför allt i undersökningssituationen, samt att andra symtom hörande till PTSD kan förekomma

Ju mer kvinnan, som varit utsatt för övergrepp, lider av sviterna, desto mer finns ofta av symtom på PTSD. Sådana symtom är därför väsentliga för läkare att kunna känna igen i somatisk sjukvård (figur 1). Även om diagnosen kan hänföras till psykiatrin, söker patienten med kronisk PTSD efter övergrepp ofta hjälp också inom somatisk sjukvård; kanske t o m med en hög sjukvårdskonsumtion (15). Inom gynekologin kan det tänkas att PTSD efter övergrepp döljer sig bakom t ex rädsla för förlösning, rädsla för gynekologisk undersökning, till synes överdrivna eller för läkaren obegripbara reaktioner på "rutinåtgärder", traumatiska upplevelser i vården, konflikter med annars "bra" personal, "postpartumdepression" eller kroniska bäckensmärtor. För att inte skada kvinnor behöver därför gynekologen ständigt räkna med att de kan ha en bakgrund av övergrepp, att flash-backs kan dyka upp framför allt i undersökningssituationen (15), samt att andra symtom hörande till PTSD också kan förekomma. Till detta åtgår inte bara kunskap utan också en bearbetning av attityder till våld, så att gynekologen ser och hör vad kvinnan förmedlar.

Att göra en gynekologisk undersökning på en kvinna med ett känt övergrepp utan att hon upplever detta obehagligt kan i sig vara svårt. Att klara av detta på en kvinna, där undersökaren inte vet om en bakgrund av övergrepp, får betraktas som ett konststycke. Ändå utför gynekologerna sådana vågstycken ofta - men utan att veta om det. Betydligt bättre är det då att veta om att kvinnan ifråga har en sådan bakgrund, kunna inkludera henne i förberedelserna för undersökningen eventuellt göra upp ett tydligt kontrakt för undersökningen, och t o m träna situationen; eller helt enkelt avstå från att undersöka.

Att välja att se och fråga om övergrepp hos patienter är således en del i att välja att se och ifrågasätta maktstrukturen i samhället.

Sammanfattning

Gynekologen uttrycker sin position ifråga om maktförhållandena mellan könen i sitt beteende, vare sig han/hon vill det eller ej, och vare sig han/hon är medveten om det eller ej. Budskapet får ofta en stark genomslagskraft eftersom gynekologen i sin undersökning berör genitalia hos en kvinna som är blottad i ett underkastelseläge, har underläge som patient och dessutom är färgad av kvinnors underordning i samhället. Gynekologen har därför stora möjligheter att ge kvinnan "upprättelse". Maktstrukturerna i mötet erbjuder nämligen gynekologen möjligheter att låta kvinnan få växa och känna ett ökat värde, så att en maktförskjutning kan ske.

REFERENSER

1. Hammarström A, Härenstam A, Östlin P: Kön och ohälsa - begrepp och förklaringsmodeller. I: Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G (red): Kön och ohälsa - en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv. Lund: Studentlitteratur 1996:7-28.
2. Areskog-Wijma B: Överföring och motöverföring - användbara instrument i den gynekologiska undersökningssituationen? Läkartidningen 1987;84:2195-8.
3. Wijma B, Ruusuvaara L: Den första gynekologundersökningen. I: Svensk Förenings för Obstetrik och Gynekologi Rapportserie från dess Arbets- och Referensgrupper (red): Tonårsgynekologi. 1991;20:30-7.
4. Wijma B, Wima K: A cognitive behavioural treatment model of vaginismus. Scand J Behav Ther (in press).
5. Schei B: Prevalence of sexual abuse history in a random sample of Norwegian women. Scand J Soc Med 1990;18:63-8.
6. Feldman W, Feldman E, Goodman JT, McGrath PJ, Pless RP, Corsini L et al: Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence. Pediatrics 1991; 88:29-33.
7. Draijer N: Long-term psychosomatic consequences of child sexual abuse. In: van Hall EV, Everaerd W eds: The free woman. Women's health in the 1990s. Carnforth: Parthenon, 1989:696-709.
8. Wijma K, Söderqvist J, Wijma B: Post traumatic stress symptoms in gynaecological patients with a history of physical and/or sexual abuse. Submitted.
9. Wijma B, Wijma K: Sviter av övergrepp dold sjukdomsorsak. Läkartidningen 1993;90:614-6.
10. Jehu D: Beyond sexual abuse. Therapy with women who were childhood victims. Chichester: Wiley, 1988.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.