

Ungdomsgynekologi

Erfarenheter som gynekolog vid ett flickhem



Kajsa Sundström-Feigenberg

Under några år som gynekologkonsult på ett flickhem har jag haft tillfälle att tala med och undersöka en grupp patienter som man sällan möter på en vanlig gynekologmottagning. Det är ovanligt att en flicka i yngre tonåren söker gynekolog. Man anser att man så långt som möjligt bör undvika att utsätta henne för det trauma en gynekologundersökning kan innebära. De allra flesta gynekologiska problem som tex oregelbundna, rikliga menstruationer, flytningar eller buksmärtor brukar behandlas av skolläkaren eller allmänpraktikern. Denna hänsyn och omtanke kontrasterar emellertid emot det bemötande som unga flickor kan få när de ändå av en eller annan anledning kommer till en gynekologisk avdelning eller en venerologisk poliklinik. Det faktum att de söker för en infektion i underlivet eller en gonorré tycks göra att personalen och läkarna anser sig berättigade att behandla dem nedlåtande och konsultationen blir ofta ytterst förödmjukande och obehaglig för patienten.

Unga, brådmogna, skenbart erfarna men osäkra tonårsflickor har ofta ett behov av att få konsultera gynekolog. Läkaren möter ofta krav och förväntningar av annat slag än från sina andra patienter. Det är väsentligt att möta de kraven med varsamhet, förståelse och flexibilitet. Omgivningens attityd under denna ibland stormiga och smärtsamma period av flickans utveckling kan ha stor betydelse för hennes självkänsla och trygghet i fortsättningen och hennes förtroende för och anpassning till vuxenvärlden.

Doktor Kajsa Sundström-Feigenberg har tre år arbetat som gynekologkonsult vid ett hem för flickor mellan 13 och 15 år, "omhändertagna för samhällsvård". Artikeln baseras på erfarenheter från detta konsultarbete.

Det flickhem i Stockholmstrakten där jag arbetade var avsett för flickor mellan 13 och 15 år, "omhändertagna för samhällsvård". De skulle gå 7:e, 8:e och 9:e skolåret och en skola fanns i anslutning till villorna där flickorna bodde. Det gällde flickor med trassliga hemförhållanden, svårigheter i skolan med skolk och rymningar och ibland också kriminalitet och narkotikamissbruk i anamnesen. Anstalten var öppen och målsättningen var att under en begränsad tid erbjuda en trygg och positiv miljö och ge stöd och hjälp till återanpassning. De flesta stannade på institutionen betydligt kortare tid än de tre skolåren, ofta bara en termin. De utskrevs därefter till hemmet, till

Det faktum att de söker för en infektion i underlivet tycks göra att personalen och läkarna anser sig berättigade att behandla dem nedlåtande.

fosterhem, till ett utskrivningshem i Stockholm eller i några fall till ungdomsvårdsskola. Platsantalet på flickhemmet var 28 men beläggningen har varit mycket ojämn. Vissa tider har det funnits ett 20-tal flickor inskrivna, vissa terminer inte mer än 10.

Redan vid starten 1967 planerade man att knyta en gynekolog till institutionen förutom skolläkaren som var barnpsykiater. Från 1967 till 1970 har jag deltagit i flickhemmets behandlingsteam som gynekologkonsult med 3—5 timmars tjänstgöring i veckan. En läkarmottagning inrättades i en av villorna och det har funnits en heltidsanställd skolsköterska större delen av tiden. Vid planeringen räknade vi nästan enbart med ett behov av undersökning och behandling av veneryska sjukdomar och mottagningen utrustades med tanke på att det mest skulle bli fråga om gonorrhébehandling. Det visade sig emellertid snart att behoven och förväntningarna hos flickorna var helt andra. Vid summeringen efter första årets verksamhet hade endast ett fall av akut gonorrhé diagnostiserats trots att gc-odling tagits på nästan alla flickor som kom för konsultation.

Gynekologkonsultationerna var inte obligatoriska men intresset — ofta färgat av en karaktäristisk blandning av rädsla och nyfikenhet — var stort och många av flickorna kom med sina problem till mottagningen, där samtal och undersökning skedde i en för dem välbekant och trygg omgivning.

Materialet

Under 4 år från 1967 till 1970 har 90 flickor varit inskrivna på flickhemmet. Av dessa har 70 st vid något tillfälle varit på gynekologisk konsultation hos mig.

Min skildring bygger på kontakterna — ofta under flera år — med dessa 70 flickor som vid första besöket var i åldern 13—17 år. Åldersfördel-

Gynekologkonsultationerna var inte obligatoriska men intresset — ofta färgat av en karaktäristisk blandning av rädsla och nyfikenhet — var stort.

ningen redovisas i *tabell 1* och det framgår att de flesta (53 st) var 15 år eller yngre. Antalet konsultationer finns i *tabell 2* och kontaktens typ och utsträckning i tiden har jag försökt redovisa i *tabell 3*.

Tabell 1. Ålder vid 1:a besöket

13 år	6 st
14 år	20 st
15 år	27 st
16 år	14 st
17 år	3 st
	70 st

Tabell 2. Antal läkarbesök

16 flickor var på	1 besök
7 " " "	2 "
5 " " "	3 "
4 " " "	4 "
7 " " "	5 "
17 " " "	6—10 "
9 " " "	11—20 "
5 " " "	>20 "

Konsultationernas typ

De flesta konsultationerna har skett under tiden på flickhemmet, som för olika flickor kunnat variera mellan någon månad till ett par år. En del har jag kunnat följa efter utskrivningen.

Ungefär en fjärdedel (16 st) kom på endast en konsultation. Engångskontakterna har vanligtvis gällt flickor som stannat kort tid på flickhemmet och behövt ett friskintyg, ett informativt samtal om sexualliv och skyddsmedel eller en gc-kontroll innan de flyttat till fosterhem eller till annan institution.

De som stannade längre på flickhemmet kom

Tabell 3. Läkarkontaktens typ

Engångskonsultationer	16
2—10 besök under tiden på flickhemmet	26
Täta besök under < 1 år på flickhemmet och enstaka något/några år efter	9
Täta besök under flickhemstiden och därefter fortsatt men något glesare kontakt	15
Relativt gles kontakt under flera år, mellan 5 och 10 besök	4
	70

De kunde berätta att de upplevt en gynekologundersökning som en händelse med starka inslag av sex och våld.

ofta på täta besök och kontroller under ½ till 1 år. Dessa konsultationer hade ofta karaktären av informella samtal, "enskild sexualundervisning", lugnande besked och återförsäkringar efter undersökning av verkliga eller förmodade åkommor.

Femton av flickorna har jag efter en väl etablerad kontakt under flickhemstiden följt under flera år efter utskrivningen. De brukar höra av sig vid misstanke på gonorrhé, vid behov av p-piller eller spiral, vid en befarad graviditet eller för kontroll efter partus. Dessa flickor är nu 17—20-årsåldern.

Inställningen till gynekologundersökning

De flesta flickorna var alltså vid första läkarkontakten 14—15 år. De hade ofta själva önskat komma, men var samtidigt osäkra och rädda inför själva läkarbesöket. Deras intresse växlar också i olika perioder. Mottagningstiden en gång i veckan som gjorde det nödvändigt att beställa tid i förväg och sedan också komma ihåg den erhållna tiden var en svårighet och orsakade en hel del bortfall. Några försvann för en tid, andra helt och hållet, därför att de inte fått komma i rätt ögonblick och rätt period. Genom flexibilitet och positivt stöd från framförallt sjuksköterskan underlättades kontakten och stor hänsyn kunde tas till de personliga önskemålen. Många kunde efter en period av täta, intensiva och oformella konsultationer klara både tidsbeställning och väntan och sedan efter något år slussas ut till vanlig, oskyddad läkarkontakt på poliklinik eller mödravårdscentral.

I tvehåsenheten inför gynekologkontakten ingår självklart en rädsla för själva undersökningen. De som tidigare varit på en gynekologundersökning har tyvärr ofta fog för sin rädsla. Några av de flickor jag talat med om detta kom från en miljö präglad av sex och våld. De hade en rad upplevelser bakom sig där de bevittnat eller själva varit utsatta för våldsamheter, slags-

mål eller sexuella övergrepp. Det kunde röra sig om övergrepp av en alkoholiserad far eller hans kamrater. Det förekom gräl, handgripligheter och misshandel, där ofta egna, systrars och mödrars fästmän var inblandade. De kunde sedan berätta hur de upplevt en gynekologundersökning som en händelse av samma typ med starka inslag av sex och våld. En flicka som känner rädsla och osäkerhet inför den nedlåtande attityden och den främmande omgivningen på en poliklinik eller vårdavdelning kompenserar ofta detta med ett tufft uppträdande och ett grovt språk. I stället för att förstå hennes ängslan låter sig läkaren och personalen alltför lätt provoceras och undersökningen genomförs under häftiga gräl, handgripligheter och hotelser med polis. Flickan förstärks ytterligare i sin besvikna och negativa syn på vuxen världen och samhället. Hon har också blivit skrämmd för att i fortsättningen söka läkare för gynekologisk sjukdom.

I denna ålder är nästan alla flickor, oberoende av om de har några negativa erfarenheter eller inte, rädda för en gynekologundersökning, dels därför att de vet så lite om sin egen kropp och själva är rädda att röra vid sina könsdelar och dels därför att de inte alls vet hur undersökningen skall gå till. De är rädda för instrumenten och rädda för att ta skada i just de organ som de har en dunkel uppfattning om men samtidigt tillmäter en central betydelse.

Om man ger sig tid att förklara hur gynekologundersökningen går till och vad meningen är med att den sker just på detta sätt brukar det inte vara någon svårighet att få dem att medverka. Deras intresse är stort för de inre könsorganens storlek, läge och funktion, för infektioners spridningsvägar och sjukdomars effektiva behandling. Man bör ge upplysningar och informationer med konkret anknytning till deras egen situation och de flesta är villiga att underkasta sig en hel del

De är rädda att ta skada i de organ som de har en dunkel uppfattning om men samtidigt tillmäter en central betydelse.

obehag och besvär när det gäller insatser för deras egen hälsa.

I tabell 4 har jag presenterat frågeställningarna vid första läkarbesöket. Många har emellertid en hel rad olika bekymmer och besvär, många frågar om en sak men vill i stället ha svar på något helt annat. I stället för att ta varje symtombild för sig vill jag därför försöka skildra några typiska problemställningar.

Tabell 4. Orsak till konsultationen

Vill ha p-piller	21
Symtom på sjukdom (flytning, ont i magen) ..	15
Misstänker gonorré	10
Misstänker gynekologisk sjukdom (utan symtom)	7
Misstänker graviditet	7
Menstruationsbesvär	6
Kan inte få barn	2
Vet inte (någon annan har skickat dem)	2

70

Kroppens funktioner

Under de första åren efter menarche är flickans upplevelser av sin egen kropp präglad av osäkerhet, nyfikenhet och oro. Hon registrerar den påtagliga kroppsutvecklingen men har en oklar uppfattning om den egna kroppens funktioner. Den sexualundervisning hon till äventyrs har fått har inte hjälpt henne att få något verkligt begrepp om de inre könsorganens läge och storlek. Hon iakttar sin egen utveckling och jämför den med sina kamraters.

De återkommande menstruationerna är ett påtagligt tecken på flickans utveckling till kvinna. För henne själv betyder det att hon blir lik sin mamma. Det är vanligt med menstruationsbesvär (oregelbundna, rikliga och smärtsamma menstruationer), om flickan har konflikter med sin egen mamma. Det kan bero på att hon omedvetet revolterar mot att bli som hon, att menstruera. En del flickor avskyr sina menstruationer, andra fäster stort avseende vid dem. De är ju ett tecken på att hon kan bli gravid och föda barn och det är något som betyder mycket för henne. Samtidigt som många flickor är ängsliga att inte kunna få

=====

Många har den uppfattningen att man inte kan bli med barn under en period då man använder knark.

=====

barn blir de rädda att vara med barn vid minsta oregelbundenhet i menstruationsrytmen. De är ännu ovana vid menstruationerna och har svårt att värdera deras mängd och frekvens.

En del flickor har ett behov att konsultera läkare, därför att de tror att de är onormalt byggda eller felaktigt utvecklade. Andra frågar om riklig hårväxt, för små bröst eller för stora blygdläppar och blir sedan påtagligt lättade när man efter undersökningen kan försäkra dem att deras könsorgan är normala, att de är riktigt utvecklade och kommer att kunna få barn. De får svar på frågor de inte har vågat ställa.

Hypokondri

En annan grupp söker för något symtom och de är då i allmänhet rädda för allvarlig sjukdom. Det kan röra sig om flytningar av beskedligt slag, om flatlöss, kondylom eller klåda. Dessa åkommor gör dem oroliga och de använder ofta uttryck som att bli "förstörd för hela livet". En hepatit är för dem detsamma som en säker död vid unga år och en salpingit kan betyda att de tar skada så att de aldrig kan få barn. Många har den uppfattningen att man inte kan bli med barn under en period, då man använder knark. Den missuppfattningen har de mycket lätt för att tro på, den stämmer överens med de destruktiva verkningar de räknar med att knark har.

Under en behandling även av lättare infektioner eller banala åkommor är de ofta pessimistiska om resultatet. Många flickor återkommer upprepade gånger med lindriga besvär från olika kroppsdelar och tror varje gång på nytt att de ådragit sig en farlig sjukdom. En del kommer

=====

De återkommer upprepade gånger med lindriga besvär och tror varje gång på nytt att de ådragit sig en farlig sjukdom.

=====

Hypokondri är så vanlig under en period av puberteten att man kan se den som normal fas i utvecklingen.

gång på gång drivna av ångest och söker för kroppslig sjukdom utan att ha några påtagliga symtom. Hypokondri av denna typ är så vanlig under en period av puberteten att man kan se den som en normal fas i utvecklingen. Flickans oro kan vara intensiv och plågsam och man kan få upprepa sin undersökning och sina lugnande försäkringar många gånger innan en orolig och hypokondrisk tonårsflicka blir trygg och säker på sig själv och sin egen kropp. Med ökande mognad får de flesta en mer realitetsförankrad upplevelse av hälsa och sjukdom.

Det förekommer också en mer svåråtkomlig och neurotisk typ av hypokondri som inte mildras med åren. Flickan är då starkt fixerad vid vissa förmenta fel i kroppens funktion eller anatomi och lugnas bara temporärt av undersökningar och friskförklaringar. Ångesten som ligger bakom dessa symtom måste i stället angripas i någon form av psykoterapeutisk samtalsbehandling.

Ibland förbiser man en sjukdom därför att flickan ideligen söker utan att vara somatiskt sjuk. En flicka var övertygad om att hon fått lues varje gång hon varit tillsammans med sin pojke och insisterade på att bli undersökt för det. När hon senare verkligen fick gonorrhé dröjde det innan diagnosen ställdes eftersom hon så ofta undersökts med negativt resultat. En annan flicka brukade presentera en rad symtom och trodde omväxlande att hon led av magsår, hepatit, ämnesomsättningsrubbing och könssjukdom. Under ett par års tid sökte hon för förmodad grossess ungefär var 3:e månad. När hon sedan verkligen blev med barn var det ingen som trodde på det men i och med graviditeten avtog hennes hypokondri påtagligt och den kanske var ett uttryck för hennes osäkerhet inför den kvinnliga identiteten.

Preventivmedel

De flesta flickorna sökte vid något tillfälle för att få p-piller. Det är inte alltid de själva som önskar skydda sig utan vanligtvis är det någon annan, personalen eller mamman som litet beskäftigt skickat iväg dem. Dessa flickor har ofta tidiga sexuella förbindelser även om de inte är fullt så aktiva som deras något odifferentierade sexuella intresse och deras berättelser låter påskina. Eftersom det är så angeläget att de skyddas för en graviditet i dessa unga år försöker man ge så mycket information och råd som möjligt. Men när det gäller skyddsmedel för unga tonårsflickor vid deras första sexuella kontakter är det mycket svårt att finna en lämplig metod. Praktiskt taget varje möjlighet både för pojken och för flickan är oacceptabel främst av psykologiska skäl. Den avvisande attityden mot mekaniska skyddsmedel som man möter från ungdomarna är säkert ett kamouflage för den osäkerhet och rädsla de känner. Flickor som känner avsmak för att syssla med den egna kroppen, upplever pessar som något obehagligt. Råder man henne att pojken bör använda kondom kan man knappast räkna med att det budskapet blir framfört. Törs hon framföra kravet får hon ett standardsvar som helt förkastar metoden. Det i sin tur beror säkert på att pojkarna i den här åldern finner det obehagligt att syssla med kondom och är rädda att inte kunna använda den riktigt.

P-piller är också en olämplig metod för mycket unga flickor, inte så mycket av medicinska som av psykologiska skäl. Dels är flickan osäker på pillernas verkningar, dels är hon ofta mycket oklart motiverad. Det är svårt att följa ordinationerna och ta p-piller på rätt sätt i en ålder då man ännu inte blivit hemmastadd med mensrytmen eller kan värdera en extrablödning. Flickorna glömmar nästan undantagslöst tabletterna över veckosluten och den blödning de då får oroar dem och de tolkar den genast som en allvarlig sjukdom. De oroas av tabletternas allmänna verkningar och anser allt från finnar till förstoppning vara pillernas fel. Att gå upp i vikt skrämmer dem betydligt mer än risken för en graviditet. Den största svårigheten är dock den svaga motivationen. Deras

I stort sett har mina försök att ge lämplig preventivrådgivning till flickor i lägre tonåren misslyckats.

skäl för att skaffa skyddsmedel är oftast oklara. Någon annan har skickat dem, själva kanske de betraktar det som en statussymbol. Deras bästis som är 14 år har redan p-piller så varför skall inte de också få det. Många vill inte alls skydda sig 100 %-igt. Omedvetet söker de lösa andra konflikter eller kontaktsvårigheter genom att bli med barn.

Trots svårigheterna gav jag i allmänhet p-piller till dem som behövde skyddsmedel och försökte informera om verkningar och biverkningar så noggrant som möjligt. Många använde dem emellertid mycket halvhjärtat och slutade efter en kort tid. Den flicka som i 14-års åldern försöker ta p-piller en period kanske mest för att imponera på sin omgivning brukar inte kunna genomföra medicineringen. Hon glömmer göra uppehåll eller tar för många tabletter, hennes hund äter upp pillerna, de blir stulna eller försvinner på andra kuriösa sätt. Först efter ett par år brukar hon återkomma med en verklig önskan att få skyddsmedel och en realistisk insikt om metodens svårighet. Hon tar då emot instruktioner på ett helt annat sätt och brukar efter ett tag — ofta med pojkvännens hjälp — komma ihåg att ta tabletterna och sköter sedan medicinering och läkarkontroller adekvat.

I stort sett har mina försök att ge lämplig preventivrådgivning till flickor i lägre tonåren misslyckats. Jag återkommer till tonårsgraviditeterna och vill bara nämna att av 22 gravida flickor har 10 st erhållit upplysning om preventivmedel och använt p-piller under någon period.

Gonorrhé

Många förfrågningar både vid första besöket och senare under kontakten gällde veneriska sjukdomar. 38 av flickorna har jag vid något tillfälle undersökt med tanke på gonorrhé och totalt utfördes på dem 94 odlingsprov. Skälet för under-

sökningen var i de flesta fall, att de själva ville bli undersökta, de trodde sig vara smittade. Det var bara vid 4 tillfällen som någon blivit uppgiven som smittkälla (tabell 5). De yngsta flickorna ber oftare om undersökning utan att provet är positivt än de äldre där misstankarna vanligen är mer befogade. Det finns både en beredvillighet och ett motstånd mot att bli undersökt och behandlad. Många är rädda för injektioner, och långvarig per os medicinering kan vara svår att genomföra trots de bästa föresatser. Den korttidsbehandling som nu är möjlig för okomplicerad gonorrhé är till stor hjälp.

Tabell 5. Skälet för begärd gc-odling

	Antal odlings-tillfällen	Antal positiva gc-odlingar
Tror sig smittad, vill själv bli undersökt	54	17
Uppgiven som smittkälla ..	4	3
Friskintyg	3	—
Kontroll efter behandling ..	33	1
	94	21

De flesta har både viljan och avsikten att sköta behandlingen och kontrollerna riktigt. Det är emellertid av avgörande betydelse hur de bemöts vid själva undersökningen. Om inte attityden till veneriska sjukdomar och till patienterna ändras så att man fångar upp denna villighet till medverkan i stället för att skrämja bort patienterna kan man knappast räkna med förbättrade behandlingsresultat. Gonorrhé är en sjukdom som man borde kunna kontrollera, då man i dag vet så mycket om dess epidemiologi, då diagnostiken är så säker och behandlingen så effektiv. Att inte framgångsrikt kunna bekämpa den måste bero på ett psykologiskt misslyckande, en brist i patient-läkarrelationen.

Att inte framgångsrikt kunna bekämpa gonorrhé måste bero på ett psykologiskt misslyckande, en brist i patient-läkarrelationen.

Kvinnlighet och sexualitet

Flickan som under pubertetsåren håller på att utvecklas till kvinna har ännu inte någon riktig upplevelse av sin nya identitet. Hon måste pröva sig själv i kontakt med andra och då speciellt i förhållande till motsatta könet. Många har ett ögonfallande och odifferentierat intresse för killar i alla åldrar. Ofta söker de lösa andra svårigheter, kontaktsvårigheter inte minst, genom en tidig sexuell aktivitet. De sexuella kontakterna sker till en början planlöst och följer gängets och gruppens normer som ofta är krävande.

Samtidigt kan flickan hemifrån ha fått helt andra men lika stränga värderingar om sexuell beteende. Inte minst i familjer med dålig kontakt mellan föräldrar och barn är kraven ofta stereotypa och orealistiska. Flickan har av sin mor — som själv fick barn vid 16 år — fått höra att man inte bör ha samlag (eller i varje fall inte få barn) före 20 år och inte då heller om man inte är gift. Trots att ingen i deras omgivning lever upp till ett sådant ideal, accepteras det av flickan som rätt och riktigt och hennes eget och gruppens beteende blir mera skuldbelagt.

Efter några år blir de flesta mera inriktade på sex med en fast partner och börjar ställa krav både på pojken och på upplevelsen. De söker på ett mer adekvat sätt än tidigare förverkliga sin sexualitet i relation till en kille och inte till killar i största allmänhet. Det händer att de i den fasen söker råd för bristande sexuell anpassning och man brukar då även kunna få kontakt med pojken och under ett gemensamt samtal diskutera t ex preventivmedel, sexualhygien och samlevnad.

Många flickor funderar tidigt över sin förmåga att få barn och upplever en grossess som det enda verkliga beviset på att de är kvinnor. Ett par 15-åringar har med stort allvar och verklig förtvivlan sökt för sterilitet sedan de haft sällskap 1/2 år utan att bli med barn. Önskan om barn kommer ofta i tiden före önskan om en man. Den pojke som varit medlet för flickan att bli gravid kan få se sig helt lämnad utanför. Det är inte alltid den unge barnafadern som smiter från ansvaret utan ofta modern som utestänger honom.

Tonårsgraviditeter

I materialet från flickhemmet är tidiga tonårsgraviditeter betydligt vanligare än i ett normalmaterial. Jag känner till 17 graviditeter men det är självfallet en minimisiffra eftersom jag inte följt alla flickorna efter utskrivningen från flickhemmet. 13 flickor var gravida en gång, tre två gånger och en flicka var gravid tre gånger. Aldern vid graviditeten och frekvensen av legala aborter respektive fullgångna graviditeter framgår av *tabell 6*.

Tabell 6. Tonårsgraviditeter

17 flickor, 22 graviditeter

Alder vid graviditetens början	Antal graviditeter	Antal legal abort	Antal fött barn	Använt p-piller under någon period
15	5	4	1	2
16	10	6	4	8
17	7	3	4	6
	22	13	9	16

Inför en graviditet reagerar flickorna mycket olika. Några blir helt överrumplade och kan inte fatta att de verkligen är med barn. Om de får en legal abort i tredje månaden hinner de knappast uppleva sig som gravida. Andra har mer eller mindre medvetet velat bli med barn och går följdriktigt in för havandeskapet utan att se några som helst svårigheter. De känner det som en lösning på alla tidigare problem, och graviditeten ger dem plötsligt ett värde och en betydelse som de tidigare saknat. Många av dem har inte en tanke på att söka abort utan vill föda barnet. Tyvärr följs ofta en sådan graviditet av en dyrköpt erfarenhet av att kontaktsvårigheten och isoleringen blir ännu mycket större efter förlossningen. Det visar sig inte lättare att etablera en kontakt med ett litet barn ens om det är ens eget än det var att klara relationen till jämnåriga eller vuxna. Det är vanligt att deras förbindelse med barnafadern

~~~~~  
*Tyvärr följs ofta en sådan graviditet av en dyrköpt erfarenhet av att kontaktsvårigheten och isoleringen blir ännu mycket större efter förlossningen.*  
~~~~~

Den 17-åriga mamman har blivit förvandlad till en trött litet förgrämd kvinna med fasta åsikter och stränga krav på sin omgivning.

efter en tids påfrestning bryts.

Ett annat vanligt mönster är att flickan under de första graviditetsmånaderna går helt upp i drömmar och tankar om det väntade barnet och sedan någon gång i fjärde månaden tar sig samman och söker en legal abort. Aborten beviljas alltid men tyvärr kommer det då att bli en sen abort med stora påfrestningar i samband med ingreppet. Några har därefter omgående blivit gravida på nytt och fött ett barn efter ungefär ett år. Detta kan förefalla meningslöst men man får inte glömma att ett år är långt tid i den här fasen av livet. Det är inte bara flickan själv utan även omgivningen som upplever att hon trots att hon inte fått det bättre i yttre avseende utvecklats och faktiskt klarar den nya graviditeten på ett mogna sätt.

Man kan däremot knappast säga att en fullföljd graviditet i och för sig gör en tonårsmamma mognare. Det är snarare så att de som flyr in i sin graviditet och accepterar den helt utan att se de realistiska svårigheterna har svårare att klara kommande påfrestningar än de som efter en viss tvekhågsenhet ändå försöker göra ett val mellan abort och att fullfölja graviditeten. Att ta ställning för en legal abort kan ibland vara det första mogna beslut som flickan fattar. En del tonårsmödrar mognar också men ibland verkar processen ha skett för snabbt, och den 17-åriga mamman har blivit förvandlad till en trött litet förgrämd kvinna med fasta åsikter och stränga krav på sin omgivning.

Unga, brådmogna, skenbart erfarna men osäkra tonårsflickor har ofta ett behov av att få konsultera gynekolog. Läkaren möter ofta krav och förväntningar av annat slag än från sina andra patienter. Det är väsentligt att möta de kraven med varsamhet, förståelse och flexibilitet eftersom omgivningens attityd under denna ibland

veckling kan ha stor betydelse för hennes självkänsla och trygghet i fortsättningen och hennes förtroende för och anpassning till vuxenvärlden.

I Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie har som nr 37 utkommit

Betydelsen av vissa faktorer för tandvårdskonsumtionen

En metodologisk studie baserad på en intervjuundersökning

Björn Smedby

Pris kr 10:—

Kan beställas hos

Socialmedicinsk tidskrift, Fack, 104 01
Stockholm 60

Tel. 08/83 20 83, 87 34 91