

## VAGINISME OG GRAVIDITET

Talli Ungar Felding

*Artiklens hensigt er at påpege, at den tidsbegrænsede, symptomfokuserede adfærdsterapi, den såkaldte samlivsterapi, der i dag stort set er enerådende i behandlingen af vaginisme, bygger på en for snæver forståelse af den psykologiske betydning af symptomet. Samlivsterapien ser vaginisme som en apparatfejl, der forstyrrer samlejefunktionen, men jeg fremlægger i artiklen kliniske eksempler på, at symptomet berører den kvindelige psykoseksualitet langt mere bredt og hænger sammen med vaginismeklienternes forestillinger om graviditet, fødsel og moderskab. Samlivsterapien ser vaginisme som den af de seksuelle dysfunktioner, der er nemmest at fjerne, men mit materiale viser, at vaginisme i nogle tilfælde er resultatet af ganske omfattende psykoseksuelle konflikter, der på grund af bevidste og ubevidste modstandsreaktioner kan være svært tilgængelige for behandling og kræve langvarig psykoterapeutisk indsats.*

Vaginisme er en tilstand af ufrivillig krampe i vaginal- og bækkenbundsmusklerne, der opstår ved forsøg på indtrængning i vagina. Vaginstiske kvinder er ikke altid anorgastiske. Mange forfattere påpeger, at disse kvinder ofte er i stand til at opnå orgasme og have et gensidigt tilfredsstillende sexuel forhold til en mand<sup>1</sup>. Vaginisme anses for at være en forstyrrelse i et pars seksuelle samliv, en såkaldt sexuel dysfunktion, som er nem at helbrede ved hjælp af tidsbegrænset, symptomfokuseret adfærdsterapi. Da vaginisme regnes for at være en sexuel dysfunktion, behandles den overvejende af sexologisk uddannet personale på sexologiske klinikker, der enten har selvstændig status eller er tilknyttet en psykiatrisk afdeling. På en gynækologisk afdeling møder man derimod vaginisme i andre situationer, idet gynækologisk undersøgelse, der jo indebærer indtrængning i vagina ved hjælp af de gynækologiske instrumenter, ligeledes kan fremkalde vaginistisk reaktion. Da lidelsen medfører, at samleje ikke kan finde sted, skulle man tro, at vaginistiske kvinder ikke fik børn.

---

1. Bl.a. Kleinplatz 1998, Davidson & Yftach 1976, Cooper 1969, Ellison 1972, Fertel 1977, Kampman & Kauppila 1978, Duddle 1977, Masters & Johnson 1970.

Mens jeg arbejdede som sexologisk konsulent ved gynækologisk afdeling, KAS Herlev<sup>2</sup> for nogle år siden, stødte jeg imidlertid på flere tilfælde af kvinder, der altid havde lidt af vaginisme, men alligevel var blevet gravide og havde født børn på naturlig vis. Jeg har ikke i litteraturen om vaginisme fundet omtale af denne problematik.

Eksistensen af kvinder, der lider af vaginisme og alligevel får børn, tyder på, at vaginisme er en forstyrrelse, der ikke kun berører samlejefunktionen, men også kvindens psykoseksuelle funktioner mere bredt betragtet, dvs. graviditet, fødsel og moderskab. Gennemarbejder man ikke den del af problemet, som de bagvedliggende, bevidste og ubevidste angstbesatte fantasier om sådanne kvindelige seksuelle funktioner udgør, hjælper man måske ikke kvinden ved at fjerne hendes symptom, men tager tværtimod det psykiske og somatiske forsvar fra hende og efterlader hende angst og forsvarsløs. Udover de problemer, som vaginisme medfører for kvinden i forbindelse med samleje, graviditet, fødsel og moderskab, er vaginisme en forstyrrelse, der vanskeliggør gynækologernes og jordemødrenes arbejde med kvinder, der har underlivssygdomme eller er gravide.

Jeg vil i denne artikel indledningsvis diskutere, hvordan man i dag forstår vaginismens ætiologi, og hvordan man diagnosticerer og behandler tilstanden. Den adfærdsterapeutiske, symptomfokuserede metode, der stort set er enerådende i behandlingen af vaginisme i dag, berører kun vaginismens intrapsykhiske, interpersonelle og sociale betydning i det omfang, disse aspekter direkte forstyrrer gennemførelsen af behandlingen. Jeg vil i artiklen komme ind på de bevidste og ubevidste psykiske konflikter, som vaginistiske kvinder kan have. Dels vil jeg berøre de psykiske problemer, som kvinder, der tidligere er blevet helbredt for vaginisme ved hjælp af adfærdsterapi, kan have under en efterfølgende graviditet, dels vil jeg fremlægge sagsmateriale, bestående af kvinder, der har konciperet og født børn samtidig med, at de havde vaginisme. Forståelsen af den psykologiske betydning af vaginismen har nemlig implikationer for både den sexologiske, gynækologiske og psykologiske behandling af symptomet. Den behavioristiske meget snævre forståelse af symptomet vaginisme, har på det seneste medført kritik fra både psykoanalytisk og feministisk inspirerede forfattere, og artiklen afsluttes med en gennemgang af kritikken.

---

2. Afdelingen ledes af overlæge, professor, dr. med. Jørgen Falck Larsen.

## Hvorfor opstår vaginisme?

I den behavioristisk orienterede litteratur anføres manglende sexualoplysning, traumatiske oplevelser og religiøse eller kulturelle forhold ofte som årsagerne til vaginisme.

*Manglende sexualoplysning* kan, som flere forfattere anfører<sup>3</sup>, være en kilde til angst for samleje. I vore dage, hvor sexualoplysning kan fås på biblioteket, hos lægen, i skolen osv., må man dog spørge: Hvorfor har vaginisme-klienter ikke viden om emner, som de fleste andre mennesker *skaffer* sig viden om? Denne ikke-viden tyder på en psykisk modstand, en blokering, der hindrer viden i at sætte sig, snarere end et spørgsmål om påfyldning af viden. Ægte mangel på viden kan dog findes, for eksempel hos muslimske kvinder fra meget ortodokse religiøse miljøer<sup>4</sup>. Generelt må uvidenhed dog ses som et symptom snarere end som en årsag til vaginisme<sup>5</sup>.

*Traumatiske oplevelser*, for eksempel voldtægt, smertefulde første seksuelle oplevelser, ubehagelige gynækologiske undersøgelser, kan ligeledes medføre angst for samleje<sup>6</sup>. Her må man spørge: Hvorfor kommer de fleste kvinder over uerfarne elskere, ufølsomme læger og selv voldtægt uden at udvikle vaginisme? Med en psykoanalytisk tilgang ville man sige, at der både skal noget fortidigt og noget nutidigt til for at skabe et symptom som vaginisme. Kun hvis kvinden lider af en tidligt anlagt, ubevidst angst for det seksuelle, og senere i sit liv gennem en bestemt hændelse får bekræftet, at sexualitet er ubehagelig, smertefuld eller angstprovokerende, kan symptomdannelsen sætte ind<sup>7</sup>.

*Religiøse eller kulturelle forhold* kan give kvinder et angstfyldt billede af samlejet. Der er for eksempel påvist et stort antal kvinder med vaginisme i Irland, hvor der er tradition for en meget ortodoks form for katolicisme, og hvor abort er forbudt<sup>8</sup>. I Israel, hvor man i ortodokse jødiske

---

3. Abraham 1956, Ellison 1968 og 1972, Kampman & Kauppila 1978, Batts 1982, Masters & Johnson 1970, Shaked & Lotan 1984, Dawkins & Taylor 1961.

4. Ifølge Idrissi (1988) betragter islam kvindens seksuelle begær som så voldsomt, at det ville skabe kaos i samfundet, hvis det blev sluppet løs. Derfor overvåges muslimske kvinder konstant af familiens mænd, og mødommens tilstedeværelse på bryllupsnatten tillægges overordentlig stor betydning. For ikke at vække kvindens seksuelle begær sørger man for, at piger får så lidt viden som muligt om det seksuelle.

5. Dawkins & Taylor 1961.

6. Silverstein 1989, Malleson 1954.

7. Fx. Freud 1895d, Freud 1916-1917.

8. O'Sullivan 1979

miljøer har tradition for at vise brudelagenet frem efter deflorationen, helst med blodpletter på for at bevise jomfrueligheden<sup>9</sup>, er forekomsten af vaginisme særlig stor. Igen må man dog sige, at det ikke er alle kvinder fra religiøst ortodokse miljøer, der udvikler vaginisme. Religiøse og kulturelle særheder er altså heller ikke en tilstrækkelig forklaring på, hvorfor vaginisme opstår.

Den angst, som er årsagen til at det vaginistiske symptom opstår, kan altså være forstærket af mangel på viden om det seksuelle, traumatiske oplevelser og religiøse eller kulturelle forhold, men disse forhold er i sig selv ikke nok til at skabe symptomet. Sådanne ydre forhold kan øge den statistiske sandsynlighed for, at en kvindes seksualitet bliver hæmmet, men ved at henvise til dem har man ikke gjort rede for de indre, ubevidste psykiske konflikter, der kommer til udtryk gennem symptomet vaginisme.

Den engelske læge, Carice Ellison (1972), inddeler sit materiale af vaginismetilfælde i fire grupper: *Primær vaginisme* har været til stede siden første samlejeforsøg. *Sekundær vaginisme* opstår efter en kortere eller længere periode, hvor samleje har kunnet finde sted. Desuden sonderer hun mellem vaginisme med *somatisk* og med *psykogen* årsag. Hendes model kan kort skitseres således:

	<b>Primær vaginisme</b>	<b>Sekundær vaginisme</b>
somatiske årsager	medfødte misdannelser i vagina, smertende tilstande i kønsorganerne, infektion	underlivsbetændelse, svulster, smerter pga. efterfødselsproblemer, ardannelser, nedsynkning af organer
psykogene årsager	forældres forhold til sex, psykoseksuelle traumer, manglende sexualoplysning, religiøs indflydelse, angstfyldte fantasier om menstruation, konception, orgasme, mødom, egne kønsorganer, kærlighedslivet, børnefødsler, penis. Angst for straf pga. seksuelle skyldfølelser og psykoseksuelle konflikter	angst for graviditet pga. for dårlig prævention, eller religiøse tabuer vedr. brug af prævention. Gentagen skuffet forventning og smerter i underlivet pga. vasocongestion i forbindelse med sexuel ophidselse uden efterfølgende orgasme, evt. pga. seksuelle problemer hos manden

---

9. Shaked & Lotan 1984.

Ellisons opdeling mellem somatisk og psykogent betinget vaginisme anfægter ikke min tese om, at det er fantasierne snarere end de reelle hændelser, der producerer symptomet vaginisme. Ikke alle kvinder med for eksempel smerter i underlivet udvikler vaginisme. Kun kvinder, der forbinder smerter i underlivet med angstbesatte, fortrængte fantasier, som allerede er produceret i forvejen, udvikler symptomer i tilknytning til underlivssmerter.

### **Hvordan diagnosticeres vaginisme?**

Masters & Johnson skriver i deres store værk om seksuelle forstyrrelser fra 1970, *Human Sexual Inadequacy*, at vaginisme ikke kan diagnosticeres uden en forudgående gynækologisk undersøgelse<sup>10</sup>, men flere andre forfattere gør opmærksom på, at gynækologisk undersøgelse ikke udløser krampe hos alle vaginisme-klienter<sup>11</sup>. Selv har jeg både mødt vaginisme-klienter, som havde krampe ved gynækologisk undersøgelse, men ikke ved samleje, og kvinder med krampe ved samleje, men ikke ved gynækologisk undersøgelse. Andre klienter har vaginisme ved samleje og også ved gynækologisk undersøgelse hos nogle læger, men ikke hos andre læger. Klientens reaktion på gynækologisk undersøgelse kan altså ikke altid bruges som det afgørende diagnostiske kriterium. Om krampen optræder ved gynækologisk undersøgelse eller ej kan afhænge af måden, undersøgelsen udføres på. Læger, der ser bort fra psykologiske faktorer, kan være hårdhændede, utålmodige og uforstående, når det drejer sig om kvinders underliv. Gynækologisk undersøgelse opleves af alle de kvinder, jeg har talt med om emnet, som et større indgreb i den personlige integritet end for eksempel at blive kigget i halsen eller ørerne af en læge. Vagina er jo et kropsorgan, som både mænd og kvinder knytter mange fantasier og forestillinger til. Det er et organ, som vi forbinder med kvindelighed, frugtbarhed, kærlighed, skam, stolthed og angst for, at der er noget galt med kvindeligheden, frugtbarheden eller kærligheden.

Vagina er altså et organ, der har en væsentlig plads i kvindens selvbillede, kropsopfattelse og identitetsfølelse, og selv om lægen kun er interesseret i at undersøge de objektive forhold i vagina, kan det opleves ganske anderledes af klienten, på grund af de subjektive betydninger, som hun knytter til dem.

Det er min opfattelse, at diagnosen vaginisme kan stilles, enten på objektiv baggrund, dvs. konstatering af krampereaktion ved gynækologisk undersøgelse, eller på subjektiv baggrund, dvs. ud fra kvindens beskrivelse af de problemer, hun oplever i sit sexuellev.

---

10. Masters & Johnson 1970 s. 243.

11. Bl.a. Kampman & Kauppila 1978, Poinard 1966, Drenth 1988.

## Hvordan behandles vaginisme?

Den første videnskabelige beskrivelse af ufrivillig krampe i vaginalmuskulaturen blev præsenteret af Huguier i 1834, mens termen vaginisme blev indført af den amerikanske gynækolog J. Sims i 1862<sup>12</sup>. I artikler fra den periode og frem til 1950'erne<sup>13</sup> har jeg set forslag om kirurgisk behandling af de vanskeligste tilfælde i form af overskæring af muskelfibre i perinæum (mellemkødet) og vagina, således at de overskårne muskelfibre ikke længere kan gå i krampe. Denne behandlingsform er i dag fuldstændig forladt.

I 1960'erne kortlagde Masters og Johnson menneskets seksuelle reaktioner rent fysiologisk<sup>14</sup>. Wolpe & Lazarus udviklede samtidig en almen adfærdsterapeutisk behandlingsmodel<sup>15</sup>. Masters & Johnson videreudviklede disse almene adfærdsterapeutiske teknikker til brug ved behandlingen af seksuelle problemer i deres bog fra 1970, *Human Sexual Inadaquacy*. De introducerede her en form for parterapi, hvis formål er at fjerne specifikke forhindringer for sexuel funktion. Der anvendes struktureret trin-for-trin indlæring af foreskrevne kropslige øvelser, kaldet sensualitetstræning, som parret træner hjemme mellem behandlingssessionerne. Der er tale om en tidsbegrænset, symptomfokuseret intervention. Masters & Johnson anvendte en intensiv behandlingsmodel med daglige behandlingssessioner i to uger, altså i alt 14 behandlingssessioner<sup>16</sup>. Modellen krævede at parret tog væk fra de vante omgivelser og boede på hotel ved Masters & Johnsons behandlingscenter i en ferielignende situation, hvor de fuldt og helt kunne hellige sig behandlingen. Masters & Johnson anvendte et behandlerteam bestående af en mandlig og en kvindelig terapeut, hvoraf den ene skulle være læge. Parrets interpersonelle relation er i fokus, ikke de enkelte partners intraindividuelle problemer.

Denne intensive behandlingsmodel anvendes stort set ikke mere af praktiske grunde. Man har bevaret korttidsmodellen med under 20 behandlingssessioner, men spreder normalt disse ud over en ca. fire måneders periode med ugentlige behandlingssessioner. Mange nyere forfattere anbefaler stadig et behandlerteam bestående af en terapeut af hvert køn, men en empirisk undersøgelse af de tyske seksualforskere Ulrich Clement & Gunter Schmidt fra Universitetet i Hamburg (Clement & Schmidt 1983) viser, at behandlingsresultaterne er lige gode, hvad enten der anvendes en eller to terapeuter. Clement & Schmidt konkluderer derfor, at behandling ved hjælp af kun en terapeut er at foretrække, fordi modellen med to te-

---

12. Drenth 1988.

13. Fx. Malleson 1954.

14. Masters & Johnson 1966.

15. Bl.a. Wolpe & Lazarus: *Behavior Therapy Techniques*, 1966.

16. Masters & Johnson 1970, s. 16.

rapeuter alt andet lige er en meget dyr løsning, der kun egner sig til træning af nye terapeuter. Clement & Schmidt finder lidt bedre behandlingsresultater ved længere tids behandling (to gange om ugen, i alt 35-40 behandlingssessioner) end ved intensiv terapi som anbefalet af Masters & Johnson (i Clement & Schmidts undersøgelse er anvendt daglige behandlingssessioner i tre uger, i alt 16 sessioner).

Masters & Johnson nævner, at årsagerne til vaginisme er psykoseksuelle, at man ikke må ignorere de psykosociale traumer, der har bidraget til krampereaktionen, og at de psykologiske spændinger, der har ført til symptomets opståen, bliver tydelige, når krampen er blevet bedret eller fjernet<sup>17</sup>. Deres behandlingsmetode lægger dog ikke op til, at man gennemarbejder psykologisk konfliktmateriale, med mindre dette materiale direkte stiller sig hindrende i vejen for opnåelse af behandlingsmålet, som er at fjerne krampereaktionen. Masters & Johnson skabte en form for parterapi, der på engelsk er kommet til at hedde Sex Therapy og på dansk samlivsterapi<sup>18</sup>. Vaginisme betragtes ifølge denne model som en uhensigtsmæssig, betinget refleks, der er opstået, fordi vaginal indtrængning forbindes med ubehag, smerte, fare eller angst. Man interesserer sig ikke for den psykologiske årsag til, at den betingede refleks er opstået, man prøver blot at afbetinge den.

Samlivsterapi består dels af nogle almene teknikker, der anbefales til alle former for seksuelle dysfunktioner, især den ovenfor nævnte sensualitetstræning<sup>19</sup>, dels af specifikke teknikker til behandling af de enkelte seksuelle dysfunktioner. Den teknik, som anbefales til afbetingning af vaginisme, er systematisk desensibilisering, hvor kvinden vænnes til at slappe af, specielt i forhold til tilstedeværelsen af objekter af stigende størrelse i vagina, og generelt i forhold til samlejesituationen som sådan. Man bruger sædvanligvis såkaldte vaginaldilatatorer af glas, plastic eller metal i gradvist stigende størrelser. Når kvinden er i stand til at udholde indførelsen af en dilatator på størrelse med en almindelig erigeret penis, forsøger man gradvist at nå frem til, at hun kan indføre partnerens penis og til sidst gennemføre samleje. Rationalet bag denne behandlingsmetode er at overbevise kvinden om, at hendes vagina ikke er for lille, en forestilling som mange vaginistiske kvinder lider under.

Der er mange varianter af denne behandlingsmetode: En ældre gynækolog, som jeg talte med for ca. 15 år siden, fortalte om den variant, som hans læremester, en nu afdød gynækologisk overlæge, havde benyttet: Under universel anæstesi indførte han en glasstav på størrelse med en erigeret penis i patientens vagina. Når hun vågnede op efter anæstesen, sagde han til hende: »Se selv, der er plads nok«, hvilket hensatte flere af

---

17. Masters & Johnson 1970, s. 243-257.

18. Hertoft: Klinisk sexologi, 1987.

19. Fx. Hertoft 1987 s. 107-111.

patienterne i hysteriske tilstande, besvimelser eller angstanfald. Også i litteraturen har jeg set denne behandlingsform refereret. Duddle (1977) refererer for eksempel tre sager, som tidligere var blevet behandlet af gynækolog med dilatation under anæstesi, alle uden resultat. Det forekommer mig, at denne behandlingsmetode er udtryk for, at behandleren deler de vaginistiske kvinders forestillinger om, at vagina er for lille og derfor skal udvides ved hjælp af mekaniske metoder. Når man tænker på, i hvilken grad vagina er i stand til at udvide sig under en fødsel, kan denne behandlingsmetode virke absurd. I dag er der blandt behandlere en udbredt forståelse for, at behandlingen af vaginisme ikke drejer sig om udblokning af vagina, men om at kvinden bringes til at indse, at hendes vagina er normal.

Nogle forfattere anvender hypnose i forbindelse med enten behavioristisk eller psykodynamisk orienteret behandling<sup>20</sup>. Mere almindeligt er det at indføre dilatatorerne, mens kvinden er vågen. Nogle behandlere indfører dem, mens kvinden ligger på det gynækologiske leje. Andre mener at kvinden selv skal øve sig på at indføre dilatatorerne, for at hun skal opleve, at hun selv aktivt arbejder med sit problem i modsætning til oplevelsen af, at hun passivt er underkastet lægens manipulationer, som af nogle vaginistiske kvinder opleves som en form for voldtægt<sup>21</sup>. Andre forfattere mener, at ægtefællen skal indføre dilatatorerne før eller efter, at kvinden selv har lært at indføre dem. Andre igen mener, at dilatationen skal kombineres med en eller anden form for samtale eller psykoterapi<sup>22</sup>.

Den dominerende tilgang til behandling for vaginisme i dag er altså behavioristisk orienteret korttids-parterapi med et eller andet islæt af samtaleterapi<sup>23</sup>. Selv de forfattere, der forstår vaginismens årsager i psykoanalytiske termer, anvender behavioristiske teknikker i behandlingen<sup>24</sup>. Den adfærdsterapeutiske behandlingsmodel bygger på Masters & Johnsons biologistiske<sup>25</sup> forståelse af sexualiteten. Behandlingens fokus er at fjerne symptomer, uden hensyntagen til problemets intrapsyke, interpersonelle og sociale betydning.

Effektiviteten af behandling for vaginisme med desensibilisering ved hjælp af dilatation er generelt høj, hvis succes defineres som fjernelse af symptomet. Masters & Johnson rapporterer 100% succes<sup>26</sup> og betragter derfor vaginisme som den seksuelle dysfunktion, der er lettest at helbrede. Hott (1978) mener ligeledes, at vaginisme kan fjernes ved hjælp af sam-

---

20. Fx. Fuchs & Peretz 1990, Kampman & Kauppila 1978.

21. Fx. Duddle 1977, Ungar Andersen 1987.

22. Fx. Duddle 1977, Clement & Schmidt 1983, Hertoft 1987.

23. Bl.a. Kleinplatz 1998, Hertoft 1987.

24. Bl.a. Hott 1978, Clement & Schmidt 1983.

25. Ungar Andersen 1989.

26. Masters & Johnson 1970, s. 350.



livsterapi i næsten alle tilfælde. O'Sullivan (1979) rapporterer en succesrate på 63%. Kan man overhovedet tillade sig at kritisere en behandlingsmetode, der er så effektiv?

### **Psykiske problemer under graviditeten hos førhen vaginistiske kvinder**

Vaginisme betragtes i litteraturen helt gennemgående som en forstyrrelse, der kun vedrører den genitale relation mellem mand og kvinde. Mit formål med denne artikel er at vise, at denne forståelse af symptomet vaginisme er alt for snæver. Subjektivt set er vaginisme ofte forbundet med angstfyldte fantasier, der handler om kvindelige seksuelle funktioner, langt mere bredt betragtet end hvad angår den genitale relation, sexualitet i snæver forstand, samleje. Mange af de kvinder, jeg har behandlet for vaginisme, har bevidst eller ubevidst klaget over angst for at føde, og det er klart, at hvis kvindens angstfyldte fantasier drejer sig om, at vagina er for lille til at kunne rumme penis, så må vagina også være for lille til at føde et barn. Angstfantasier af denne art er da også beskrevet i litteraturen<sup>27</sup>. Mange vaginistiske kvinder kommer kun i behandling, fordi de ønsker sig et barn. Et problem som man ofte overser er, at kvinder, der har haft og er blevet behandlet for vaginisme, kan have psykiske problemer under en senere graviditet. Vaginisme har ofte sammenhæng med angst for at føde, og selvom vaginismen er forsvundet, er det ikke sikkert at angsten for at føde er forsvundet, fordi den gennemførte samlivsterapi ikke nødvendigvis har taget dette problem op. Samlivsterapiens princip er jo, som tidligere nævnt, kun at tage psykologisk konfliktmateriale op, hvis det direkte udgør en hindring for opnåelsen af behandlingens mål – fjernelse af symptomet.

Ringler & Langer (1983) beskriver en sådan sag, en kvinde, der under graviditeten får store psykiske problemer: Kvinden var to år forinden blevet behandlet for vaginisme med Masters & Johnsons metode. Parret fik ikke megen tilfredsstillelse ud af det seksuelle liv derefter. Kvinden led af dyspareuni (smerter ved samleje), og parret havde sjældent samleje. Kvinden blev dog gravid. I graviditetens 28. uge henvendte hun sig til forfatterne, som tilbød psykologisk hjælp som led i fødselsforberedelsen. Ringler & Langer finder, at vaginisme er forbundet med psykiske problemer vedrørende graviditet og fødsel, specielt når ønsket om et barn er dominerende. Forfatterne undrer sig over, at der ikke findes litteratur om graviditet og fødsel hos førhen vaginistiske kvinder, som har fået fjernet symptomet gennem psykoterapi.

Jeg har selv søgt grundigt efter litteratur om emnet, og har ikke fundet andre artikler, som beskriver førhen vaginistiske kvinders reaktioner un-

---

27. Fx. Kampman & Kauppila 1978, s. 180.

der graviditeten og ved fødslen. En grund til dette kunne være, at de læger og jordemødre, som beskæftiger sig med graviditetsundersøgelser, sjældent spørger efter tidligere seksuelle vanskeligheder. Den adskillelse mellem forskellige lægelige specialer, som sundhedsvæsenet er gennemsyret af, bygger ligesom den behavioristiske behandlingsmetode på en apparatsfejlmodel. Adskillelsen mellem lægelige specialer medfører, at et problem som vaginisme, der berører flere forskellige specialer, i mange tilfælde ikke behandles på den mest hensigtsmæssige måde: Samlejevanskeligheder behandles af sexologer, graviditetsundersøgelser foregår på svangreambulatoriet, fødsler foregår på fødeafdelingen, barnløshed behandles på fertilitetsklinikken, angst behandles hos psykiatere eller psykologer, en mors afvisende holdning til egne børn behandles enten af psykiaterne, børneafdelingen eller socialforvaltningen. Et psykosomatisk symptom som vaginisme kan altså sende en kvinde til mange forskellige specialister, som ikke nødvendigvis samarbejder, endsige læser hinandens optegnelser. Opsplitningen mellem lægelige specialer kan således medføre, at man ikke får et samlet billede af karakteren og omfanget af en kvindes vaginisme, og at kvinden både kan komme ud for overbehandling og underbehandling af tilfældige årsager. Ringler & Langers konklusion er, at psykoterapeutisk støtte gennem graviditeten og særligt nænsomme somatiske undersøgelser under graviditeten kan være af stor betydning for førhen vaginistiske kvinder. På baggrund af de erfaringer, jeg har gjort mig med denne problematik, kan jeg fuldt ud tilslutte mig denne konklusion.

### **Graviditet hos vaginistiske kvinder**

Da vaginisme er en tilstand, der medfører at samleje ikke kan finde sted, skulle man tro, at vaginistiske kvinder ikke fik børn, der var konciperede gennem samleje. Jeg er imidlertid stødt på fem tilfælde af kvinder, der led af vaginisme, men alligevel var blevet gravide.

Sexologisk behandling gives ofte i privat praksis eller på klinikker, der enten har selvstændig status eller, som Danmarks største sexologiske klinik på Rigshospitalet, er tilknyttet en psykiatrisk hospitalsafdeling. Når jeg har mødt så mange kvinder med denne problematik, skyldes det sikkert, at jeg var ansat på en sexologisk klinik, der er tilknyttet en gynækologisk afdeling, nemlig ved Københavns Amts Sygehus i Herlev. Bortset fra de klienter, klinikken fik henvist fra alment praktiserende læger, speciallæger og somatiske hospitalsafdelinger i hele amtet, fik vi<sup>28</sup> også henvist klienter fra den gynækologiske afdeling, vi var tilknyttet. Sandsyn-

---

28. Som kolleger havde jeg først speciallæge i psykiatri Bente Spanager, senere alment praktiserende læge Ole Risør.

ligvis var lægerne ved denne gynækologiske afdeling mere opmærksomme på at henvise vaginismetilfælde til sexologen, dels fordi der var en sexolog i huset, dels fordi de gennem konferencer og lignende var klar over, at jeg var særligt interesseret i vaginisme. I løbet af to år (af diskretionshensyn oplyser jeg ikke årstal) færdigbehandlede klinikken 76 sager, heraf ni tilfælde af vaginisme (11,84%). Fire af disse (5,26% af det samlede antal færdigbehandlede, eller 44,44% af vaginismetilfældene) udgør artiklens klientpopulation sammen med en klient, som aldrig mødte op til behandling. På grund af ventetider på behandling på over et år, begrænsede vi behandlingstiden til højst 20 timer pr. sag. Som behandlingsmetode anvendte jeg samlivsterapi, suppleret med så meget indsigtsgivende psykoterapi, som den begrænsede tid tillod. Det lykkedes mig at fjerne den vaginistiske reaktion hos nogle af disse kvinder, men det lykkedes ikke nogle af dem at gennemføre samleje.

Den første klient har jeg aldrig mødt, og min viden om hende bygger derfor udelukkende på den somatiske hospitalsjournal. Hun stammede fra en familie med mange sociale problemer. Hun havde haft flere provokerede aborter, og var ved disse lejligheder skræmt og usikker. Gynækologisk undersøgelse kunne ikke gennemføres ved de rutinemæssige forundersøgelser før aborterne, og blev derfor gjort under universel anæstesi i forbindelse med aborten. Det var typisk for klienten, at hun udeblev fra efterundersøgelser trods talrige indkaldelser, og at hun reagerede panisk ved gynækologisk undersøgelse.

Da hun var i begyndelsen af 20'erne, blev hun indlagt på gynækologisk afdeling af egen læge, fordi hun beskrev voldsomme underlivssmerter i forbindelse med en ønsket graviditet. Gynækologisk undersøgelse kunne gennemføres med nogen vanskelighed, og gynækologen fandt udalt diskrepans mellem kvindens subjektive angivelser om voldsomme smerter og de objektive fund. Der var tale om en normal graviditet, smerterne gik i ro efter nogle dage, og kvinden blev udskrevet. I graviditetens tredje måned blev hun genindlagt af egen læge med samme diagnose. Gynækologisk undersøgelse var igen noget vanskelig, og smerterne gik igen i ro efter nogle dage. Klienten udeblev herefter fra to af de rutinemæssige profylaktiske undersøgelser i svangreambulatoriet. I graviditetens femte måned gentog mønsteret sig. Hun ønskede ikke gynækologisk undersøgelse ved udskrivningen. Ugen efter klagede hun over uændrede smerter, det lykkedes at gøre gynækologisk undersøgelse, men der fandtes intet abnormt. I ottende graviditetsmåned blev hun genindlagt, denne gang på grund af en somatisk graviditetskomplikation. Hun forblev indlagt indtil fødslen, som foregik ved kejsersnit et par uger før termin.

Da hun var i slutningen af 20'erne var klienten gravid med sit andet barn. Hun ønskede ikke gynækologisk undersøgelse ved de rutinemæssige graviditetsundersøgelser. En måned før terminen henvendte hun sig på grund af smerter og kvalme. Hun blev indlagt på psykosocial indikation og ville helst tale med en kvindelig læge, hvilket man imøde-

kom. Gynækologisk undersøgelse var umulig, da hun spændte. Hun fortalte at hun altid havde haft vaginisme. Kun sjældent havde samleje eller gynækologisk undersøgelse været mulig. Da hun aldrig var blevet behandlet for vaginismen, blev hun henvist til sexolog, men mødte ikke op trods flere indkaldelser. Hun fortalte den kvindelige læge, at hun var angst for vaginal fødsel. Også denne graviditet afsluttedes med kejsersnit på grund af en somatisk graviditetskomplikation. Klienten mødte til samtale med den kvindelige læge fem uger efter fødslen, og det fremgik da, at hun havde mange sociale problemer. Hun ville gerne indkaldes til sexologen ca. et halvt år efter fødslen, blev indkaldt, men udeblev.

Den anden sag drejer sig om en førstegangsgavid ung kvinde, der blev indlagt på gynækologisk afdeling fra skadestuen med truende spontan abort. Ved gynækologisk undersøgelse var der en voldsom vaginistisk reaktion. Kvinden nævnte selv, at hun havde store problemer ved samleje, hvor hun oplevede, at det gjorde meget ondt. Hun spurgte selv, om der var mulighed for sexologhjælp, og blev henvist. Nogle måneder senere kom hun til samtale hos mig. Hun fremstillede selv sit problem som uvidenhed om seksuelle forhold, hvilket medførte angst, specielt ved gynækologisk undersøgelse, men også i nogen grad ved samleje. Efter en times sexualoplysning, herunder demonstration af de lægeinstrumenter, der anvendes ved gynækologiske undersøgelser, ønskede hun ikke yderligere sexologisk behandling, idet hun syntes, at den vaginistiske reaktion ved samleje var aftagende. Vi aftalte, at hun ville kontakte mig, hvis hun senere ønskede yderligere behandling. En måned senere blev hun igen indlagt med truende spontan abort. Hun bad om, at den gynækologiske undersøgelse skulle udføres af en kvindelig læge. Hun spændte en hel del ved undersøgelsen. Ved udskrivningen efter aborten afslog hun tilbud om gynækologisk undersøgelse, hun ville hellere have dette gjort hos sin egen læge, som var en kvinde. Et halvt år efter blev hun for tredje gang indlagt fra skadestuen med samme diagnose. Igen var tilstanden svær at vurdere, fordi hun stadig havde vaginisme ved gynækologisk undersøgelse. Hun kontaktede mig ikke igen, men det ser ikke ud til, at problemet løste sig af sig selv.

Den tredje af kvinderne ventede med at møde til de rutinemæssige graviditetsundersøgelser indtil graviditetens femte måned. Ved undersøgelserne på svangreambulatoriet var hun meget nervøs. Hun virkede samarbejdsvillig og ville gerne have foretaget gynækologisk undersøgelse, men i det øjeblik lægen forsøgte at indføre de gynækologiske instrumenter i vagina, spændte hun og stod nærmest i opisthotonus<sup>29</sup>. Hun kunne ikke overtales til at slappe af, og samtale med gynækologen røbede adskillige seksuelle problemer. Kvinden blev derfor tilbudt behandling

---

29. Krampagtig bueformet bagoverbøjning af hele kroppen, eventuelt således at personen alene hviler på nakke og fødder, et symptom, der optræder bl.a. ved hysteri.

for vaginismen hos en gynækologisk overlæge, som hun mødtes med en gang om ugen gennem resten af graviditeten. Hun blev behandlet med dilatation ved hjælp af glasstave. Allerede ved tredje behandlingssession kunne gynækologisk undersøgelse udføres uden vanskelighed. Det viste sig at ægtefællen slet ikke var klar over, at hun blev behandlet for vaginisme, og hun ønskede ikke at inddrage ham i behandlingen. Overlægen lovede, at der ikke skulle udføres gynækologisk undersøgelse ved den rutinemæssige jordemoderkontrol ugen efter. Klienten blev efterhånden bedre til selv at indføre glasdilatorerne. Ved sjette behandlingssession deltog en jordemoder, som med forsigtighed fik lov til at undersøge klienten vaginalt med to fingre. Den vaginistiske reaktion var i betydelig aftagen, og graviditeten var i øvrigt ukompliceret. Ved fødslen var det umuligt for jordemoderen, som klienten ikke kendte, at undersøge klienten vaginalt. Ved tiltagende veer og pressetrang var det fortsat umuligt, men klienten fødte vaginalt et sundt og velkabt barn. Efter fødslen var det umuligt for jordemoderen at få lov til at efterse, om der var intravaginale bristninger. Klienten måtte i universel anæstesi, for at denne undersøgelse kunne lade sig gøre, og der viste sig bristninger, som måtte syes. Ved udskrivningen fra barselsafsnittet blev klienten undersøgt af den overlæge, der havde behandlet vaginismen, og der aftaltes fortsættelse af dilatationsbehandlingen otte uger efter fødslen. Klienten mødte som aftalt, men der var igen en ganske betydelig vaginistisk reaktion, selv om vaginismen i løbet af behandlingen under graviditeten næsten var forsvundet. Overlægen undlod gynækologisk undersøgelse, og klienten fik en meget lille dilatator med hjem til selvdilationsøvelser. I løbet af de næste fire måneder kom klienten til syv behandlingssessioner og fortalte herefter, at det nu var muligt for hende at have samleje. Hun var da også i stand til at indføre en glasdilator på størrelse med en normal penis. Hun oplyste, at hun gerne ville have spiral, men man aftalte at vente, til hun fik menstruation igen efter fødslen. Hun henvendte sig dog ikke igen, og behandlingen afsluttedes derfor.

10 år senere kom klienten i gynækologisk ambulatorium på grund af en blødningsforstyrrelse. Hun havde stadig vaginisme og fortalte, at hun næsten intet sexualliv havde. Hun virkede meget nervøs. Det var næsten umuligt at gennemføre gynækologisk undersøgelse. Klienten spændte og vred sig på det gynækologiske leje. Igen måtte hun i universel anæstesi, hvorunder der blev gennemført gynækologisk undersøgelse og behandling for hendes lidelse. Efter et par måneder kom klienten igen på grund af vedvarende blødning. Gynækologisk undersøgelse kunne ikke lade sig gøre, og hun blev henvist til sexolog.

Efter 11 samtaler med mig, suppleret af selvdilatation med klientens egne fingre, var vaginismen forsvundet. Klienten var som tidligere ikke særlig interesseret i at have sin ægtefælle med i den fortsatte del af behandlingen, men lod sig overtalte til det. Ægtefællen kom med til yderligere fire samtaler. Det viste sig, at han var alkoholiker og som følge heraf

irritabel og aggressiv. Der var stærke personlige modsætninger ægtefællerne imellem. Mandens lave frustrationstærskel saboterede behandlingen, idet han var for utålmodig til at gennemføre de foreskrevne sensualitetsøvelser, der skulle føre til, at samleje kunne gennemføres. På trods af at kvindens vaginisme var forsvundet, måtte behandlingen derfor indstilles. Det aftaltes, at parret kunne komme i behandling igen, hvis manden lod sig behandle for alkoholismen og havde været ude af misbrug i nogle måneder. Kvinden kom alene til en sidste samtale med mig, hvorunder hun udtrykte glæde over, at hendes vaginisme var forsvundet, således at hun var i stand til at udholde gynækologiske undersøgelser og derfor kunne behandles for sine blødningsforstyrrelser. Hun var egentlig ikke specielt interesseret i at kunne gennemføre samleje med manden, og var faktisk lettet over, at behandlingen måtte indstilles på grund af mandens, ikke på grund af hendes mangel på samarbejdsvilje. Parret har ikke henvendt sig til sexolog igen.

Den fjerde af kvinderne kunne fortælle, at hun ved menstruation kunne bruge menstruationstamponer af største størrelse. Herudover brød hun sig ikke om at få noget ind i nogen af kroppens åbninger: Hun kunne næsten ikke få sig selv til at tage tabletter, hun brød sig ikke om at blive kigget i ørerne, som barn kunne hun ikke lide at spise og var derfor meget tynd. Under sin første graviditet havde hun været meget angst for gynækologisk undersøgelse og for fødslen, og forsøgte at få fjernet angsten gennem hypnose. Hun var let at hypnotisere, og det hjalp på angsten et stykke tid, men virkningen fortog sig efterhånden. Efter første fødsel var hun blevet behandlet for vaginismen ved hjælp af glasdilatorer, og hun havde ikke siden haft vaginistiske reaktioner ved gynækologisk undersøgelse. Samleje kunne dog ikke lade sig gøre, og hun havde derfor forsøgt behandling for vaginismen hos i alt syv eksperter før mig, men intet havde hjulpet. Behandlingen hos mig hjalp heller ikke på hendes afvisning af samleje. Hun havde ingen vaginistisk reaktion hverken ved brug af menstruationstamponerne eller ved indføring af egne fingre i vagina. Hun fortalte, at hun havde fortrængt alt, der havde med underlivet at gøre, og nærmest havde spaltet underlivet fra sin øvrige krop. Hun følte, at hun blokerede over for alt, der havde med seksualitet at gøre, også over for viden om sex. Denne blokering havde efterhånden bredt sig til andre områder af livet, for eksempel blokerede hun over for indlæring og havde svært ved at lære noget på et kursus, som hun fulgte på det tidspunkt. Hendes ægtefælle fortalte mig, at samleje lod sig gennemføre uden besvær i de to perioder, hvor hustruen havde ønsket at blive gravid. Begge gange var graviditeten indtruffet meget hurtigt, fortalte han med bitterhed, og derefter kunne samleje igen ikke gennemføres. Denne klient fik syv samtaler hos mig, og meldte afbud til yderligere fem samtaler. Hun kom for sent næsten hver gang, altsammen noget der tyder på voldsom modstand mod behandlingen. Ægtefællen deltog i den første og de sidste to samtaler. Mine forsøg på at få klienten til at tale om sin angst

og sine fantasier og forestillinger gav ikke resultat. Ligesom hun ikke brød sig om at få noget ind i nogen af kroppens åbninger, så det ud til, at hun heller ikke brød sig om at lade sine tanker og følelser komme ud af munden som ord. Dilatationsbehandling gav ingen mening, idet klienten allerede fra starten kunne indføre to fingre i vagina med mere eller mindre besvær. Jeg forsøgte med bækkenbundsøvelser, såkaldte knibeøvelser, for at gøre klienten mere fortrolig med den vaginale muskulatur. Da disse øvelser også styrker den anale og den urethrale lukkemuskel, hjalp øvelserne også på en lettere urininkontinens ved nys og host, som klienten havde lidt af siden sin sidste fødsel 10 år tidligere. Da alt dette kunne lade sig gøre uden besvær, indvilligede klienten i at ægtefællen kunne komme med til behandlingssessionerne. Jeg opfordrede nu parret til at undgå samlejeforsøg, men blot ligge i sengen ved siden af hinanden uden tøj på, hvilket begge indvilligede i. Herefter meldte parret afbud til tre aftaler i træk. Da de kom igen et par måneder senere, havde de ikke gennemført øvelsen, fordi klienten ikke kunne få sig selv til det. Hun havde en stærk psykisk modstand mod ikke blot samleje, men også anden tæt kropslig kontakt. Hun fortalte selv, at hendes uvilje mod samleje skyldtes hendes angst for at give sig hen til en mand. Hun frygtede at blive en slave af ham og miste sin egen identitet og sin frie vilje, hvis hun blev seksuelt afhængig af ham. Hun ønskede hverken at tale yderligere om dette eller at forsøge med nye kropslige øvelser, og der var således ingen mulighed for at fortsætte behandlingen.

Den femte af disse kvinder havde, før hun kom til mig, tidligere gennemgået mange forskellige former for behandling. Hun havde forsøgt med gestaltterapi, primalterapi, tre-fire sexologer og en afspændingsterapeut, uden resultat. Alle behandlerne havde følt, at klienten kun gik i behandling hos dem af pligt, ikke på grund af en indre motivation til at få gjort noget ved problemet. Mange af behandlingerne havde varet så længe som to år, men der var mange afbud. Generelt var det behandlernes opfattelse, at klienten ikke reelt arbejdede med. Denne klient var datter af en enlig mor med mange børn. Hun huskede at moderen altid kom træt hjem fra arbejde, afviste børnene og skældte dem ud, og at hun måtte gøre et stort arbejde for at få blot en smule af moderens opmærksomhed. Som voksen havde hun et hadefuldt forhold til moderen. Hun følte, at moderen ikke havde givet hende kærlighed og opmærksomhed nok, hvilket blev accentueret af, at moderen også var meget modvillig til at passe sine børnebørn. Klienten gentog moderens mønster: Også hun kom træt hjem fra arbejde, afviste børnene og skældte dem ud. Hun var bevidst om, at hun ikke nærrede varme, kærlige følelser over for sine børn, og hendes motivation for at gå i psykoterapi var, at hun ønskede at gøre noget ved dette, idet det var tydeligt for hende, at børnene led under hendes afvisende holdning til dem, og at de havde udviklet psykosomatiske symptomer, som deres skole var bekymret over. Hendes had til moderen blev forskudt til et alvorligt had mod mænd. Moderen havde været

kontrollerende og hård, og klienten kunne derfor ikke udholde at føle sig domineret. Hun havde en stærk modstand mod sensualitetstræning og andre former for behandling, hvor behandleren gav hende ordrer om forskellige øvelser, hun skulle foretage. Alle de sexologer, hun havde været i behandling hos, havde anvendt sensualitetstræning, hvorpå hun havde reageret ved at melde afbud, eller ved at udføre øvelserne på en anden måde end som aftalt. Hun havde svært ved at udtrykke aggression direkte, men lod sin aggression komme til udtryk i sengen. Hun havde valgt sin mand, fordi han var lige så god at tale med som en veninde og ikke var seksuelt krævende. Han på sin side havde altid følt, at hans mor var skrøbelig og skulle passes på, og han behandlede sin kone på samme måde. Hendes graviditeter var følgen af samlivsterapi hos to forskellige behandlere. Begge behandlinger medførte, at samleje kunne lade sig gøre, men så snart graviditeten var konstateret, indtrådte vaginismen igen. Under graviditeten var klienten meget angst for, at barnet skulle have arvelige sygdomme, som kom fra hendes familie, selv om der ikke fandtes belæg for dette. Hun var under graviditeten træt, depressiv, svimmel og undervægtig, men havde ingen problemer ved gynækologiske undersøgelser. Generelt var hun lukket, hun ønskede ikke at rippe op i sin fortid, men ville kun tale om manden og børnene, som hun var meget irriteret på. Hun brugte således sine timer hos mig til at klage over børnenes og ægtefællens adfærd. Når jeg forsøgte mig med tolkninger i retning af, at hendes aggression mod manden og børnene kunne være en gentagelse af moderens aggression mod hende selv, afviste hun dette, og meldte derefter afbud, ofte gentagne gange.

## Diskussion

Disse kvinder udviser mange fælles træk.

1. De udviser både udtalt og uudtalt modstand mod behandling af vaginismen, for eksempel ved at udeblive fra aftaler, ved at benægte problemer og ved at nægte at samarbejde om både behavioristisk og psykoanalytisk orienteret behandling.
2. Lukkethed ser ud til at være et psykologisk træk hos dem. Det ser ud til, at de opfatter behandlerens forsøg på intervention som en utålelig invasion, som de må forskanse sig imod, ligesom de forskanser sig mod vaginal indtrængning.
3. De lider af angst for eller had mod mænd, dette gælder mænd både som seksualpartnere og som behandlere.
4. De udviser stærk angst ved gynækologisk undersøgelse, og udebliver ofte fra aftalte undersøgelser. Universel anæstesi må i nogle tilfælde anvendes for at gynækologisk undersøgelse kan gennemføres.



5. De føler sig mest trygge ved kvindelige behandlere, og beder undertiden direkte om at en kvinde foretager gynækologisk undersøgelse.
6. De udviser angst for vaginal fødsel.
7. Samleje lader sig gennemføre, når disse kvinder ønsker sig børn.
8. Behandling ved hjælp af dilatation giver ikke varig bedring, hvad angår samlejefunktionen, men kan i nogle tilfælde delvist mindske den vaginistiske reaktion ved gynækologisk undersøgelse.
9. Behandling ved hjælp af sensualitetstræning er intolerabel for disse kvinder, idet deres afvisning af mænd ikke blot gælder samleje, men også omfatter intim, tæt kropskontakt i det hele taget.

Den form for vaginisme, som der er tale om i disse sager, kan hverken indpasses i Carice Ellison's model som primær eller som sekundær vaginisme. Både hvad angår samleje, og hvad angår gynækologisk undersøgelse, kan vaginal indtrængning nogle gange, nogle gange ikke lade sig gøre.

Det faktum, at vaginismen kan ophæves, når disse kvinder ønsker sig børn, virker på deres mænd og ofte på deres behandlere umiddelbart som bevidst manipulation. Samtidig er det et faktum, at en så stærk krampe-reaktion, som vaginisme er, ikke kan fremkaldes ved viljens kraft. Dette præg af manipulation ses ofte i lærebøgernes beskrivelser af den hysteriske personlighed.

Hysteri kommer af det græske ord for livmoder, hysteron, og det har i et par tusinde år været anvendt som betegnelse for en sygdom, der kun kunne ramme kvinder, havde en eller anden form for sexuel ætiologi, og gav sig udslag som forstyrrelser i organfunktioner forskellige steder i kroppen, uden somatisk grundlag. Netop det faktum, at hysteriske symptomer ikke har somatisk grundlag, har medført, at disse symptomer ofte er blevet udlagt som manipulation, simulation eller bedrag, og at de berørte kvinder er ikke blevet taget alvorligt.

Freud var den første, der tog de hysteriske symptomer alvorligt. Han forstod dem som en slags sprog, og viste at der bag symptomerne lå meddelelser, der var ubevidste for kvinderne selv. Ud fra de hysteriske symptomer skabte han den psykoanalytiske terapies tydningsteknik<sup>30</sup>. Hysteri som diagnose er ved at udgå fra diagnoselisterne, bl.a. på grund af kritik af begrebet for at være diskriminerende mod kvinder, som diagnosen stadig oftest bruges om. Netop på grund af det manipulerende præg bruges hysteri som skældsord om kvinder, der udviser en irrationel, provokerende, irriterende, appellerende og dramatiserende adfærd.

Alligevel vil jeg mene, at vaginisme i nogle tilfælde bedst kan forklares som et hysterisk konversionssymptom<sup>31</sup>. Vaginismen er i mit materi-

30. Freud og Breuer 1895d, Gammelgaard 1984.

31. Et synspunkt, der ikke er ukendt i faglitteraturen, jvf. fx. Shortle & Jewelewicz 1986.

ale ikke et tegn på somatisk sygdom. Gennem psykoanalytisk psykoterapi kan symptomet vaginisme tolkes, og det viser sig da, at vaginisme i symbolsk form udtrykker psykiske konflikter. Ud fra denne betragtning kan man for eksempel helt overordnet sige, at den både vaginale og orale lukkethed, som kvinderne i mit materiale har som fælles træk, kan forstås som havende en symbolsk betydning.

Mit materiale, hvor begrænset det end er, viser, at vaginisme er en lidelse, der ikke blot rammer kvindens evne til at gennemføre samleje eller gynækologisk undersøgelse, men også kan give problemer i forbindelse med de profylaktiske undersøgelser under graviditeten og lægernes og jordemødrenes interventioner under og efter fødslen. I nogle tilfælde ser man endvidere en afvisende holdning til egne børn, som kan være skadelig for disse. Selv om vaginisme i nogle tilfælde kan være overraskende let at fjerne ved hjælp af adfærdsterapeutiske metoder, kan disse metoder medføre, at intrapsykeiske konflikter ikke berøres, endsige løses, og derfor bryder frem under graviditeten eller udtrykkes gennem en fjendtlig holdning til egne børn.

Den stærke modstand mod behandling af vaginismen, som man ser i mit materiale, i form af udeblivelser fra aftaler, svær lukkethed vedrørende egne psykologiske forhold og afvisning af almindeligt anvendte behandlingsmetoder som for eksempel sensualitetstræning, tyder på at de psykoseksuelle konflikter, som vaginismen både dækker over og giver udtryk for, kan være ganske voldsomme. Hvis en vaginistisk kvinde reagerer negativt eller afvisende på samlivsterapi, viser mit materiale, at der ikke er grund til at gentage denne behandlingsform senere i hendes liv. En sådan kvinde har brug for indsigtsgivende psykoterapi, i mange tilfælde af længere tids varighed. Gentagne udeblivelser fra behandling er ikke tilfældige, de er udtryk for stærk, ubevidst angst for og modstand mod behandlingen. Gennemarbejdning af så stærk modstand tager tid, og korttidsterapi kan kun bruges til at frasortere sådanne kvinder, ikke til at gennemarbejde deres problemer. Man må være klar over at den stærke modstand mod behandling, som disse kvinder yder, betyder at de ikke er nemme at hjælpe. Behandlingen af dem kræver viden om ubevidste psykiske processer og modstandsreaktioner.

Hvad angår kvinder, der lider af vaginisme under en graviditet, er den rette behandling støttende og indsigtsgivende psykoterapi gennem graviditeten. I alle former for psykoanalytisk terapi regner man med eksistensen af en overføringsrelation mellem klient og behandler, hvor klienten tillægger behandleren egenskaber eller intentioner, eller forventer noget af forholdet til behandleren, som er ude af proportion i forhold til, hvad der er rimeligt eller faktisk ligger i forholdet. Når sådanne egenskaber, intentioner eller forventninger ikke er noget, behandleren har lagt op til, må de stamme fra klientens fantasiforestillinger. I psykoanalytisk terapi analyseres overføringen, men overføring er et fænomen, der ikke kun opstår i psykoterapi, men er et moment i alle menneskelige forhold. Betrag-

ter man forholdet mellem en vaginistisk kvinde og dennes gynækolog eller jordemoder ud fra denne synsvinkel, så finder man også her overføringsfænomener. Man kan ikke forlange, at læger og jordemødre analyserer sådanne psykologiske reaktioner fra klientens side, men når man arbejder med problemstillinger med både somatisk og psykologisk indhold, for eksempel vaginisme hos en gravid kvinde, må man tage eksistensen af overføringsreaktioner i betragtning, ligesom man må forstå, at det skaber større tryghed og tillid hos en meget angst person, at hun ikke er nødt til at forholde sig til en ny behandler hver gang hun skal undersøges. Ligeledes har behandleren større chance for at kunne optræde forstående og beroligende, hvis han kender kvindens problematik og tidligere har formået at gennemføre den angstprovokerende gynækologiske undersøgelse i samarbejde med hende. Jeg vil derfor anbefale, at sådanne kvinder tildeles få, faste kontaktpersoner blandt de læger og jordemødre, der tager sig af de profylaktiske graviditetsundersøgelser, at man foretager så få gynækologiske undersøgelser af disse kvinder som muligt, at man bruger mere tid på undersøgelserne af dem, og at man samarbejder med en psykolog, der kan yde psykoterapi sideløbende med de somatiske undersøgelser og behandlinger. Endelig vil jeg råde til, at man rutinemæssigt spørger alle gravide, om de har eller har haft vaginisme, for at undgå at både kvinden og behandleren bliver overrumplet af en vaginistisk reaktion, når gynækologisk undersøgelse skal foretages.

### **Kritik af den behavioristiske vaginisme-behandling**

Mine fem sager er ikke solstrålehistorier, der viser hvor vellykket en behandling kan være. De viser derimod, at vaginisme ikke er en enkel problematik, psykologisk set, men kan være udtryk for en temmelig kompliceret psykopatologisk tilstand, som kan være svært tilgængelig for behandling. De viser at ikke alle tilfælde af vaginisme kan helbredes let og hurtigt ved hjælp af behavioristiske metoder, og at vaginisme er et symptom, der ikke kun forstyrrer samlejefunktionen, men også afficerer andre områder af den kvindelige psykoseksualitet, især graviditet, fødsel og moderskab.

Ser man på litteraturen fra fremkomsten af Masters & Johnsons bøger i 1960'erne til ca. for 10 år siden, finder man stort set ingen kritik af samlivsterapien, kun forslag til lettere modifikation i forskellige retninger<sup>32</sup>. I løbet af de sidste ca. 10 år er der dog dukket kritik op fra flere sider.

Det psykoanalytiske synspunkt har altid været, at hvis et symptom ophæves uden at dets mening er blevet forstået, så kan dette resultere i dannelsen af nye symptomer. »... fjernelsen af symptomerne er endnu ikke

---

32. Fx. Kleinplatz 1998, s. 55-57.

helbredelsen af sygdommen, men det eneste håndgribelige, der bliver tilbage af sygdommen efter fjernelsen af symptomerne, er evnen til at danne nye symptomer.« (Freud 1916-1917, s. 350, min oversættelse). Den canadiske psykolog Peggy Kleinplatz foreslår sågar en mulig sammenhæng mellem på den ene side den hurtige, effektive fjernelse af lettere seksuelle dysfunktioner, som samlivsterapien leverede i 1970'erne og 1980'erne, og på den anden side den epidemi af nedsat sexuel lyst, som mange samlivsterapeuter er begyndt at omtale som 1990'ernes største seksuelle problem: Den konventionelle samlivsterapi har måske medført en iatrogen induceret symptoms substitution, skriver hun (Kleinplatz 1998, s. 64).

Fra feministisk side er der blevet udtrykt en heftig kritik af den konventionelle behandling for vaginisme: Som nævnt tidligere kan mange vaginistiske kvinder opnå orgasme og nyde sex, bortset fra samleje. Feministerne kritiserer derfor den fallokratiske, mandschauvinistiske opfattelse af sex som lig med samleje, der implicit ligger bag de konventionelle behandlingsmetoder i forhold til vaginisme. Hvorfor overhovedet behandle vaginisme, hvis parforholdet fungerer, og begge parter opnår sexuel tilfredsstillelse, spørger de og tilføjer, at man aldrig har hørt om lesbiske kvinder, der har ladet sig behandle for vaginisme. Ingen behandlere tvinger dog mig bekendt vaginistiske kvinder til at lade sig behandle. Når en kvinde lader sig behandle for vaginisme, må det altså skyldes, at hun selv oplever vaginismen som en problem, eller at hendes nærmeste presser hende til at få gjort noget ved problemet: ægtefællen, hvis han ønsker at samleje skal blive en del af parrets seksuelle samvær, eller familien, hvis den undrer sig over, at der ikke er kommet børn i ægteskabet. I de parforhold, hvor begge nyder sex uden samleje, kommer kvinden typisk først i behandling, når parret ønsker sig børn.

Nogle forfattere indvender herimod, at man blot kunne anvende inseminationsbehandling (kunstig befrugtning) i stedet for at behandle vaginismen, hvis kvindens ønske er at få børn uden at ønske samleje<sup>33</sup>. Modsvaret fra fertilitetslægerne er, at deres behandling er dyr, indebærer bivirkninger og derfor kun bør tilbydes par, der har brug for det af somatiske årsager. Modsvaret fra psykoanalytisk orienteret hold må være, at kunstig insemination som behandling for vaginisme kunne være en udmærket symptombehandling, men at man kan komme til at overse en underliggende ambivalens eller angst for at føde eller for at blive mor, hvis man blot gennembryder det psykiske forsvar, som vaginismen i sådanne tilfælde udgør, og skaffer en graviditet til veje.

Feministerne udtrykker deres kritik af dilatationsbehandlingen meget direkte: »Hvis denne behandling træner kvinden til noget som helst, må

---

33. Drenth 1988.

det være til rollen som brugbart og ikke-klagende hul« (Jeffries 1990, s. 139, citeret efter Kleinplatz 1998, s. 62). Eller: »For en mand demonstrerer indtrængning i en kvindes vagina hans ret til at være en rigtig mand. For en kvinde betyder modstand mod indtrængning, at hun ikke er kvindelig, men hvor denne ikke-beviste mandlighed for en mand er uundgåeligt problematisk, er modstand for en kvinde potentielt emancipatorisk. Det er kvindens forsøg på passivt at yde modstand, der bliver behandlet i samlivsterapi, hvor et succesfyldt resultat betyder, at hun går med til at overgive sig til mandlig magt« (Nicolson 1993, s. 70). Sådanne feministiske forfattere forstår altså vaginisme som en protest mod den rolle, kvinden tildeles i det patriarkalske samfund, nemlig at være passiv, føjelig og underdanig.

Hertil vil jeg indvende, at mange kvinder i vore dage kæmper mod en sådan kvinderolle, men at vaginisme ikke er et bevidst valg af kønspolitisk kampmiddel, som en kvinde foretager. Vaginismens årsag er ubevidst for kvinden selv, og hun kan ikke med viljens magt beslutte at indsætte henholdsvis ikke indsætte krampereaktionen i forskellige situationer. Den feministiske kritik ser altså fuldstændig bort fra eksistensen af psykologiske, ubevidste faktorer, og bygger på en opfattelse af forholdet mellem kønnene som en magtrelation, hvor manden er bøddel, kvinden offer. Feministernes skråsikre stempling af vaginisme som udtryk for afvisning af mandlig sexuel magt er lige så kvindeundertrykkende som samlivsterapiens implicite opfattelse af sex som lig med samleje. Begge opfattelser er dogmatiske og fratager den enkelte kvinde friheden til at forstå, hvad symptomet vaginisme betyder i netop hendes tilfælde, og hvilke kompromisser mellem det mandlige og det kvindelige, hun ønsker at indgå.

Generelt kan samlivsterapien kritiseres for at fokusere på objektive, adfærdsmæssige og fysiologiske størrelser og kun inddrage subjektiv mening i mindst muligt omfang. Samlivsterapien består af enkelte, løsevne behandlingsteknikker, der erfaringsmæssigt og statistisk set har en virkning, men den har ikke en bagvedliggende psykologisk teori, der kunne samle teknikkerne til en helhed og redegøre for, hvorfor teknikkerne virker. På trods af at mange samlivsterapeuter krydrer de foreskrevne hjemmeopgaver med samtale om de problemer, som parret oplever generelt i forholdet og specielt i forbindelse med gennemførelsen af øvelserne, så bygger samlivsterapien stadig på en apparatfejlsmodel: Man reparerer på kropsorganer, der ikke virker, som de skal, man ser ikke på kroppen som en helhed, og man ser slet ikke på personen, der integrerer en krop og en sjæl.

I forhold til psykoanalysens meget brede begreb om sexualitet som psykosexualitet, som en enhed af objektive, kropslige processer og subjektive fantasier, som vi danner for at forstå og integrere kropsprocesserne i personligheden, må samlivsterapiens sexualitetsbegreb betegnes

som en reduktion: psykosexualitet reduceres til genitalitet<sup>34</sup>. Samlivsterapien interesserer sig mere for, om en vaginistisk kvinde bliver i stand til at præstere et samleje end for, om hun kommer til at opleve sin sexualitet som tilfredsstillende. Denne fokusering på præstation snarere end på psykisk integration og oplevelse af krop og sjæl som en helhed, kan medføre at alle enkeltdele kan fungere, mens personen indeni føler sig psykologisk disintegreret. De teknikker, der så hurtigt kan befri klienten fra hendes symptom, kan fremmedgøre personen fra hendes egen krop. Samlivsterapi kan desensibilisere klienten så meget, at hun kan gennemføre seksuelle akter på kommando, uafhængigt af sine følelser, skriver Valins (1992).

Mange af de forfattere, der skriver indenfor den konventionelle samlivsterapeutiske tradition, tilråder at overløste eller omgå patientens følelser, bevidsthed og selvbevidsthed, for eksempel ved hjælp af hypnose, anæstesi, snyd med hvor store dilatatorer man indfører, anbefalinger af, at manden ikke informerer kvinden, før han indfører sine fingre eller penis i vagina, eller opfordringer til kvinden om at ignorere eller negligere følelser af angst og ubehag og blot fortsætte behandlingen uden hensyn til sine reaktioner, skriver Kleinplatz (1998 s. 56-57). Disse anbefalinger i litteraturen tyder på, at mange vaginistiske kvinder tøver med at følge de anbefalede procedurer, mener hun. Dette viser måske metodens begrænsning: Klienternes modstand mod behavioristiske procedurer indikerer måske, at terapeuterne gør den fejl ikke at være klienten behjælpelig med at håndtere uløste problemer fra barndommen, parforholdet eller andet, mener Kleinplatz.

Et problem ved samlivsterapien, som jeg selv har undret mig over, er princippet om, at parrets interpersonelle relation, ikke de enkelte partners intrapsykiske problemer, er terapiens genstand. Rationalet bag denne fokusering på interpersonelle forhold er selvfølgelig, at man ønsker at undgå, at den symptombærende part skal opleve sig selv som problemet og derved få en lammende, ukonstruktiv nederlagsoplevelse, som kan forstærke symptomet. Problemet med denne tilgang er dog dels, at nogle vaginistiske kvinder har alvorlige intrapsykiske problemer, der forbliver uløste, dels at ikke alle vaginistiske kvinder har en partner. Mange af disse kvinder er netop præget af nederlagsoplevelser i tidligere forhold og tør derfor ikke indlede nye parforhold. Sådanne kvinder (og for den sags skyld enlige mænd og kvinder med andre seksuelle vanskeligheder) kan altså ikke behandles med samlivsterapi.

Når Masters & Johnson kan fremvise 100% succes i deres behandling af vaginisme, må man altså tænke på, at deres materiale er selekteret. Enlige vaginistiske kvinder er for eksempel ikke medtaget. Et andet problem er, at Masters & Johnson's materiale, hvad angår netop vaginisme,

---

34. Ungar Andersen 1989.

er forbavsende lille. Ud af de 510 par, som Masters & Johnson behandlede i en 11-årig periode, og som udgør den empiriske baggrund for deres bog om behandlingen af seksuelle dysfunktioner<sup>35</sup>, er der kun 29 par med vaginisme, svarende til under seks procent af de behandlede par. Man skulle derfor tro, at vaginisme er en meget sjælden lidelse. I en canadisk undersøgelse fra 1978<sup>36</sup> led derimod 80 ud af 170 personer, der blev behandlet ved en sexologisk klinik i løbet af fire år på grund af samlejevanskeligheder, af vaginisme, svarende til ca. 47% af de behandlede personer. Masters & Johnson's helt exceptionelt høje succesrate, hvad angår behandlingen af vaginisme, er mig bekendt ikke gentaget i senere undersøgelser og stemmer heller ikke overens med mine egne observationer.

Samlivsterapi er efter min opfattelse en behandlingsmetode, der kan fjerne krampereaktionen ved lettere tilfælde af vaginisme. Man må dog være klar over, at der kan forekomme symptoms substitution, hvorved et nyt symptom indenfor eller udenfor sexuallivet kan opstå. Nedsat sexuel lyst kan for eksempel blive det næste problem. Psykiske problemer under graviditeten, vanskeligheder med at gennemføre profylaktiske undersøgelser under graviditeten og endelig en afvisende holdning til egne børn kan ligeledes blive utilsigtede følger af adfærdsterapeutisk behandling af vaginisme.

## LITTERATUR

- ABRAHAM, H.C. (1956). Therapeutic and Psychological Approach to Cases of Unconsummated Marriage, *British Medical Journal*, 1: s. 837-839.
- BATTS, J. A. (1982). Vaginismus – Method of J.A. Batts, *Medical Aspects of Human Sexuality*, 16/7: s. 68 a, 68 b.
- CLEMENT, U & G. SCHMIDT (1983). The Outcome of Couple Therapy for Sexual Dysfunctions Using Three Different Formats, *Journal of Sex & Marital Therapy* 9/1: s. 67-78.
- COOPER, A.J. (1969). An Innovation in the »Behavioural« Treatment of a Case of Nonconsummation due to Vaginismus, *British Journal of Psychiatry*, 115: s. 721-722.
- DAVIDSON, S. & R. YFTACH (1976). Therapy of the Unconsummated Marriage, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 13/3: s. 418-419.
- DAWKINS, S. & R. TAYLOR (1961). Non-consummation of Marriage, *Lancet*, 2: s. 1029-1033.
- DRENTH, J.J. (1988). Vaginismus and the Desire for a Child, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 9, s. 125-137.
- DUDDLE, M. (1977). Etiological Factors in the Unconsummated Marriage, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 21, s. 157-160.

---

35. Masters & Johnson 1970.

36. Lamont 1978.

- ELLISON, C. (1968). Psychosomatic Factors in the Unconsummated Marriage, *Journal of Psychosomatic Research* 12: s. 61-65.
- ELLISON, C. (1972). Vaginismus, *Medical Aspects of Human Sexuality*, 6/8: s. 34-54.
- FERTEL, N.S. (1977). Vaginismus: a Review, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3/2: s. 113-121.
- FREUD, S. & J. BREUER (1895d). *Studien über Hysterie*, Fischer, Frankfurt a.M. 1970.
- FREUD, S. (1916-17). 23. Vorlesung: Die Wege der Symptombildung, i: *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Studienausgabe, BD. 1*, Fischer Verlag, Frankfurt a.M. 1994.
- FUCHS, K. & PERETZ, B.A. (1990). Therapy of Vaginismus by Hypnotic Desensitization, *Hypnos* 4/17, s. 190-197.
- GAMMELGAARD, J. (1984). Hysteri, Psykoanalyse og Feminisme, i: *Fanden skabte kvinden*, Tiderne Skifter, København, s. 179-208.
- HERTOFT, PREBEN (1987). *Klinisk Sexologi*, Munksgaard, København.
- HOTT, J.R. (1978). Principles in Sex Therapy, *American Journal of Psychoanalysis* 38: s. 41-48.
- IDRISSI, A. El. (1988): Det sakrale og det seksuelle i islam, *Nordisk Sexologi* 1-2/1988, s. 10-15.
- KAMPMAN, R. & A. KAUPPILA (1978). Severe Vaginismus as the Cause of Unconsummated Marriage – a Case Report of Hypnoanalytic Treatment, *Psychiatria Fennica*, 1978, s. 179-181.
- KAPLAN, H.S. (1974). *The New Sex Therapy*, Brunner & Mazel, New York.
- KLEINPLATZ, P.J. (1998). Sex Therapy for Vaginismus: A Review, Critique, and Humanistic Alternative, *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 38 (2), s. 51-81.
- LAMONT, J.A. (1978). Vaginismus, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 6/131, s. 632-636.
- MALLESON, J. (1954). Sex Problems in Marriage, *Practitioner* vol. 172, s. 389-396.
- MASTERS, W.H. & V.E. JOHNSON (1966). *Human Sexual Response*, Little, Brown & Co., Boston.
- MASTERS, W.H. & V.E. JOHNSON (1970). *Human Sexual Inadequacy*, Little, Brown & Co., Boston.
- NICOLSON, P. (1993). Public Values and Private Beliefs: Why do Women Refer Themselves for Sex Therapy? i: *Psychological Perspectives on Sexual Problems – New Directions in Theory & Practice*, Routledge, London.
- O'SULLIVAN, K. (1979). Observations on Vaginismus in Irish Women, *Archives of General Psychiatry* 36/7: s. 824-826.
- POINSARD, P.J. (1966). Psychophysiologic (Psychosomatic) Disorder of the Vulvovaginal Tract, *Psychosomatics*, 7: s. 338-342.
- RINGLER, M. & M. LANGER (1983). Confinement of a Woman with a History of Vaginismus, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 2/2: s. 109-111.
- SHAKED, A & Y. LOTAN (1984). Vaginism, Casual Background and Results of Treatment, *Harefuah*, 107/7-8: s. 169-173 (hebraisk tekst, engelsk resumé).
- SILVERSTEIN, J.L. (1989). Origins of Psychogenic Vaginismus, *Psychotherapy & Psychosomatics*, 52, s. 197-204.
- SHORTLE, B. & JEWELEWICZ (1986). Psychogenic Vaginismus, *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20(4), s. 82-87.
- UNGAR ANDERSEN, T. (1987). Vaginisme – En sexuel forstyrrelse hos kvinder, *Psyke & Logos* 1/8, s. 152-173.
- UNGAR ANDERSEN, T. (1989). Freud og sexologien, *Psyke & Logos* 1/10, s. 72-88.



- VALINS, L. (1992). *When a Woman's Body Says No to Sex: Understanding and Overcoming Vaginismus*, Viking, New York.
- WOLPE, J. & A.A. LAZARUS, (1966). *Behavior Therapy Techniques*, Pergamon Press, New York.