

VAGINISME - EN SEXUEL FORSTYRRELSE HOS KVINDER

Talli Ungar Andersen

Artiklens hensigt er dels at beskrive en, i psykologisk litteratur noget upådagtet, sexuel forstyrrelse hos kvinder, vaginisme, og dels at diskutere nogle mere generelle spørgsmål omkring seksualitet med udgangspunkt i vaginisme. Forholdet mellem seksualitetens somatiske og psykiske aspekter diskuteres, og vaginisme defineres som et symptom på ubevidste konflikter og angstfantasier omkring kvindelige seksuelle funktioner som samleje, graviditet og fødsel. Sådanne fantasier findes hos begge køn og finder mange andre udtryk end vaginisme.

Forestillinger om kvindens seksuelle funktioner som smerte, lidelse og fravær af lyst deles af mange vaginister, feminister, psykoanalytikere og læger og gennemsyrrer den traditionelle behandling af vaginisme, som sigter på at skabe gode betingelser for henholdsvis mandens seksuelle lyst og forplantningsfunktionerne, men ikke medtænker kvindes lyst. Der skitseres en psykoanalytisk inspireret model for behandling af vaginisme, og vaginisme diskuteres i forhold til nyere og ældre psykoanalytiske teorier om kvindelig seksualitet.

Vaginisme - en sexuel forstyrrelse hos kvinder

Vaginisme er en tilstand af ufrivillig krampe i vaginal- og bækkenbunds-muskulaturen, der først og fremmest optræder ved forsøg på samleje. Hos nogle breder krampen sig til muskulaturen i inderlårerne, således at benene klemmes helt sammen, og yderligere kan den brede sig til muskulaturen i sæde og ryg, således at kvinden næsten står spændt som en bue. Hos nogle er forestillinger om samleje eller scener, der er associeret med eller repræsenterer det, nok til at fremkalde krampen, hos andre skal der handling til. Hos nogle er vaginismen primær, det vil sige at krampen har optrådt siden det første forsøg på samleje, og hos andre optræder vaginismen sekundært, det vil sige at krampen er opstået senere i livsforløbet, efter en længere eller kortere periode, hvor samleje har været muligt. Vaginisme hindrer samleje, men ikke sexuel aktivitet i bredere forstand. Disse kvinder er ikke nødvendigvis hverken frigide eller anorgastiske. Mange har et tilfredsstillende sexliv og opnår orgasme ved clitoral stimulation (jvf. bl.a. Cooper 1969, El-lison 1972, Fertel 1977, Kampman & Kauppila 1978).

På trods af, at Freuds tese om, at seksualitet altid er psykoseksualitet, i dag er anerkendt i brede kredse, er denne seksuelle forstyrrelse ikke velbeskre-

vet i psykologisk faglitteratur. Vaginisme behandles overvejende af læger og diskuteres i lægevidenskabelige tidsskrifter. I forbindelse med en psykologisk diskussion af begrebet sexualitet er en lidelse som vaginisme imidlertid interessant: i seksuelle forstyrrelser demonstreres i forstørret og forgrovet form konflikter, udviklingsprocesser og psykiske mekanismer, der også optræder i »normal, sund« sexualitet. Seksuelle forstyrrelser er således kvantitativt, men ikke kvalitativt forskellige fra normal sexualitet, og studiet af dem kan derfor give et indblik i alment forekommende psykoseksuelle konflikter og processer. Vaginisme er endvidere en forstyrrelse, der udtrykker sig på en yderst kropslig måde og derved tematiserer det meget centrale spørgsmål om forholdet mellem sexualitetens (og psykosomatiske symptomers) somatiske og psykiske aspekter. Endelig er vaginisme en forstyrrelse, der optræder hos kvinder og på en meget specifik måde rammer de kvindelige seksuelle organer og funktioner. Den kan derfor belyse mere almene konfliktpunkter i den kvindelige psykoseksuelle udvikling. Jeg vil i denne artikel behandle disse spørgsmål med udgangspunkt i vaginisme og afslutningsvis diskutere de almindeligvis benyttede behandlingsmetoder.

Vaginisme er et symptom

I et af pionerværkerne hvad angår systematiseringen af seksuelle forstyrrelser, Masters & Johnsons *Human Sexual Inadequacy*, defineres vaginisme som et psykofysiologisk syndrom (det vil sige en afgrænset enhed af symptomer, der tilsammen karakteriserer en bestemt sygdom), og som et klassisk eksempel på psykosomatisk sygdom (Masters & Johnson 1970, s. 243). Hvad er nu psykosomatisk sygdom? Betegnelsen bruges oftest om tilstande, hvor konstaterbare somatiske forandringer i kroppens organer enten opstår eller opretholdes på grund af psykiske eller psykosociale forhold som for eksempel stress. Nogle af de mest kendte psykosomatiske sygdomme er mavesår og forhøjet blodtryk.

Vaginisme adskiller sig dog fra sådanne sygdomme, idet der ved vaginisme ikke er tale om sygelige forandringer i de berørte muskelgrupper. Der er tale om en krampe, der kun opstår i ganske bestemte situationer. Vaginisme er efter min mening mere beslægtet med tilstande som fobi og hysteri. Ved *fobier*, for eksempel klaustrofobi eller angst for mus og edderkopper, optræder der en stærk angst for helt bestemte, afgrænsede genstande eller situationer. Selvom angsten forekommer fobikeren selv irrationel og uforståelig, produceres den uvilkårligt, når den angstbesatte situation eller blot tanken om den opstår. Fobisk angst viser sig ved psykoanalytisk behandling at skyldes en ubevidst konflikt, der forskydes over på angstobjektet, som så repræsenterer konflikten. Det karakteristiske ved *hysteri* er varierende somatiske symptomer, der ligner symptomerne på neurologiske lidelser, men til forskel fra disse ikke skyldes påviselig organisk skade i nervesystemet. Der kan

for eksempel være tale om lammelser, svimmelhed, opkastninger og så videre. Disse symptomer er ikke tegn på somatisk sygdom. Gennem psykoanalytisk behandling viser det sig, at de bunder i og i symbolsk form udtrykker psykiske konflikter.

I *Studien über Hysterie* fra 1895 formulerede Freud og Breuer en teori om, hvordan psykiske affekter kan omdannes til somatiske symptomer. Deres model kan kort skitseres således:

1. Hysteriske symptomer bunder i pinefulde, ubehagelige erindringer af traumatisk art.
2. Traumatiske erindringer er patogene, d.v.s. sygdomsfremkaldende.
3. Traumatiske erindringer forsvinder ikke, selv om de glemmes, men forbliver en aktiv og ubevidst kraft.
4. At holde sådanne erindringer borte fra bevidstheden kræver en aktiv fortrængende mekanisme, der opererer ubevidst.
5. Da de pinefulde erindringer ikke kan udtrykkes normalt, fordi de er fortrængte og dermed ubevidste, bliver den psykiske energi, der er knyttet til dem, dæmmet op.
6. Denne opdæmmede energi kan ubevidst konverteres til somatiske symptomer.

Denne teori om traumatiske erindringer som det udløsende moment ved symptomdannelsen bevirkede, at terapien blev en jagt på voldsomme begivenheder i løbet af livshistorien, der kunne tænkes at have forårsaget en indeklemning af affekter. Det gjaldt om at få patienten til atter at erindre den fortrængte hændelse, således at de indeklemte affekter endelig kunne afreges. Derved skulle symptomet forsvinde.

Studien über Hysterie bærer præg af begyndende uoverensstemmelser mellem Breuer og Freud, og Freud udviklede i de kommende år en ny teori om forbindelsen mellem psykisk smerte og somatiske symptomer, hvori han kritiserede den ovenfor nævnte traumeteori for at være for simpel (Freud 1904). Hans nye teori kan kort skitseres således:

1. Symptomet er ikke forårsaget af et *enkeltstående* traumatisk indtryk, men af en *serie* af indtryk, der er kædet sammen i en række af associationer.
2. De fortrængte erindringer viser ikke nødvendigvis tilbage til *virkelige hændelser*, men er en blanding af virkelighed og fantasi. »Erindringerne« udtrykker den *subjektive oplevelse* af virkelige eller fantaserede hændelser.
3. Symptomet er et *kompromis* mellem et fortrængt ønske og en fortrængende kraft. To modsatrettede kræfter, det fortrængte og det fortrængende, mødes i symptomet, og derfor er symptomer tit så modstandsdygtige: de holdes så at sige oppe fra begge sider - både af det fortrængte og af det fortrængende.
4. Et symptom er resultatet af en *konflikt*, der opstår omkring en ny form

for tilfredsstillelse af libidoen. Den ene af de to kræfter i konflikten er libidoen, der ikke har kunnet finde tilfredsstillelse på en ny måde, ikke har kunnet antage et nyt objekt, der hører til en ny fase af sexualudviklingen. Libidoen vender tilbage til en allerede tilbagelagt fase af udviklingen¹ og finder tilfredsstillelse i en allerede tilbagelagt sexualorganisation eller ved et tidligere opgivet objekt.

5. Symptomet ser bort fra objektet og opgiver dermed forholdet til den ydre realitet. Det sætter en forandring i patientens krop i stedet for en forandring af den ydre verden (Freud 1916-1917).

De i denne sammenhæng vigtigste pointer i den nye model er, at indre virkelighed er forskellig fra ydre virkelighed, og at det ikke er de virkelige hændelser i sig selv, der er årsagen til skabelsen af psykisk sygdom, men de fantasier, som hver enkelt af os danner i tilknytning til hændelserne for at skabe mening og sammenhæng i disse². Lad mig illustrere dette med et eksempel fra litteraturen om vaginisme:

Den hollandske psykoanalytiker Max Lesnik-Oberstein (1982) refererer et tilfælde af vaginisme hos en voksen kvinde, der som 14-årig havde gennemgået en ubehagelig gynækologisk undersøgelse, som ifølge hendes erindring var blevet udført uden hverken forudgående varsel eller efterfølgende forklaring. Forfatteren betragter denne gynækologiske undersøgelse som en iatrogen (d.v.s. af lægen forårsaget) voldtægt og som årsagen til den senere opståede vaginisme. Imidlertid nævner han, at kvinden om denne hændelse yderligere erindrer, at ingen i familien havde spurgt hende, hvad der var sket, og at hun selv havde skammet sig for meget til at fortælle om det. Den eneste, hun nogensinde havde fortalt historien til, var psykoanalytikeren, som hun kom i behandling hos mange år senere og af andre grunde.

Min pointe er, at det ikke er selve hændelsen, den gynækologiske undersøgelse, der har forårsaget vaginisme hos denne kvinde. En hel del 14-årige piger bliver undersøgt gynækologisk, og kun et fåtal af dem udvikler senere vaginisme. Det, der har lagt grunden til vaginisme hos denne kvinde, er hendes subjektive oplevelse af hændelsen, som på sin side er blevet til på baggrund af hendes opvækst i en familie, der åbenbart har haft et så skamfuldt forhold til det seksuelle, at ingen kunne få sig selv til at tale med den 14-årige om den for hende chokerende hændelse. Pigen selv har heller ikke været i stand til at tage initiativ til at drøfte oplevelsen igennem med nogen, fordi hun har internaliseret familiens skamfulde forhold til sex. Oplevelsen blev følgelig ikke bearbejdet eller forstået. Den blev fortrængt og var senere medvirkende ved dannelsen af det vaginistiske symptom.

Der skal både en nutidig og en fortidig oplevelse til for at skabe et symptom. Symptomet dannes ofte ikke med det samme, men derimod retrospektivt, ved at en nutidig oplevelse vækker mindet om en fortidig oplevelse, eller sagt på en anden måde: når en nutidig oplevelse gennem associationer forbindes med en fortidig oplevelse, der dengang ikke kunne forstås eller bearbejdes og derfor blev fortrængt (Freud 1916-17, Freud 1918). Det fortidige forstås altid i lyset af det nutidige. En nutidig oplevelse kan endda få allerede tilbagelagte udviklingstrin til at fremstå i et andet lys end de gjorde før (en mekanisme, der også bruges i psykoterapeutisk arbejde).

Hvorfor udvikles vaginisme?

Flere forfattere (Abraham 1956 b, Ellison 1968, Kampman & Kauppila 1978, Batts 1982) peger på, at mange vaginistiske kvinder har fået misvisende eller slet ingen sexualoplysning som børn. Dette faktum er fastslået ved flere undersøgelser (Masters & Johnson 1970, Ellison 1972, Shaked & Lotan 1984) og nogle forfattere (bl.a. Masters & Johnson, som jeg vender tilbage til senere i artiklen) mener med udgangspunkt i dette, at det, der skal til for at afhjælpe vaginisme, er noget kontant *viden*. Hvis det er nok - og det er det måske i enkelte tilfælde - så er det kliniske problem løst, men i langt de fleste tilfælde af vaginisme er sexualoplysning ikke nok. Børn kan få viden om det seksuelle gennem mange kilder: familie, kammerater, medicinsk og pædagogisk personale samt bøger, og *for mig at se er det mere interessant at fokusere på, hvorfor disse kvinder ikke har viden om emner, som de fleste andre mennesker skaffer sig viden om, hvad enten deres forældre bryder sig om det eller ej*. Viden er ikke noget, man bare kan putte ind i hovedet på folk en gang for alle, slet ikke viden om følelsesladede emner. *Hvad angår vaginistiske kvinders ikke-viden om seksuelle emner, er jeg tilbøjelig til at betragte den som et psykisk forsvar snarere end et spørgsmål om påfyldning af kontant viden* (jvf. Freud 1910, Dawkins & Taylor 1961). Et eksempel fra litteraturen om vaginisme kan illustrere dette:

En vaginistisk kvinde, 24 år gammel, gift 3 år, udviste komplet uvidenhed om sine egne kønsorganer, skønt hun kunne fortælle, at hun havde gået på en progressiv skole, hvor humanbiologien blev gennemgået grundigt. »På en eller anden måde så det ikke ud til at have noget som helst med mig at gøre«, sagde hun. At hendes uvidenhed ikke skyldtes mangel på kilder til viden blev yderligere understreget, idet hendes daværende forlovede havde haft for vane at bringe hende sexualoplysende bøger at læse: de var allesammen enten for tekniske og svære at forstå eller så angstprovokerende, at hun var ved at besvime og måtte afbryde læsningen (Ellison 1972, s. 45).

Vaginistiske kvinders angst for samleje kan altså ikke reduceres til et spørgsmål om manglende viden om det seksuelle.

Nogle forfattere (Masters & Johnson 1970, Ellison 1972, O'Sullivan 1979, Shaked & Lotan 1984) peger på *kulturelle og religiøse forhold* som medvirkende årsag ved vaginisme. Både O'Sullivan (Irland) og Lotan & Shaked (Israel) finder en højere forekomst af vaginisme i deres materiale end de kendte tal fra Friedman (1962), Mastes & Johnson (1970) og Kaplan (1974), der alle mener, at det er en relativt sjælden seksualforstyrrelse³. Begge forklarer denne forskel med de særegne religiøse og kulturelle forhold i deres lande: 27% af de vaginistiske kvinder i det israelske materiale kom således fra miljøer, hvor det stadig er skik og brug at fremvise et blodplettet lagen efter bryllupsnatten som bevis på brudens jomfruelighed, og 71% var udsat for kraftigt pres fra familie og omgivelser om at få børn. 99% forbandt i fantasien samleje (som de aldrig havde oplevet i virkeligheden) med stærk

smerte, og 42% sammenknyttede vaginal indtrængning med skarp smerte og blødning. 26% nærede stærk angst for graviditet, fødsel eller begge dele. I den irske artikel påpeges det, at irske katolikker har mange og stærke seksuelle tabuer at slås med: holdningen til skilsmisse og prævention er den mest konservative i Europa, cølibat anses for en ærefuld levevis, der er tradition for sene ægteskaber som børnebegrænsningsmetode og til gengæld hyppige fødsler efter ægteskabets indgåelse, hvorved den irske kvindes seksualliv i høj grad kommer til at dreje sig om problemer i forbindelse med mange fødsler og store børneflokke.

Disse artikler påpeger, at *bestemte sociale faktorer kan øge forekomsten af vaginisme i en befolkning*. Der er altså tale om analyser på et sociologisk niveau. Psykisk materiale kan siges at bestå i en persons subjektive tolkning af objektive - sociale og biologiske - forhold. De sociale og biologiske forhold påvirker ikke personligheden direkte, som lyn fra en klar himmel, men indirekte, formidlet gennem en psykisk forarbejdningsproces. Det materiale, man kan udforske og bearbejde gennem psykoterapi, er de subjektive forestillinger, en person har om sociale og biologiske forhold. Selve de sociale og biologiske forhold har psykoterapien ikke magt til at ændre. Sociale forhold kan være medvirkende ved skabelsen af et symptom som vaginisme, men ved at henvise til sociale faktorer har man ikke gjort rede for de psykiske konflikter, der kommer til udtryk gennem symptomet.

Andre forfattere (Masters & Johnson 1970, Lesnik-Oberstein 1982, Batts 1982) foreslår, at vaginistiske kvinders angst kan være opstået som følge af væmmelige gynækologiske undersøgelser (som allerede diskuteret ovenfor) eller ubehagelige første seksuelle erfaringer; men hvordan kan det være, at de fleste kvinder kommer over uerfarne elskere, ufølsomme gynækologer og selv voldtægt uden at udvikle vaginisme? Hvis vaginisme opstår i forbindelse med sådanne hændelser, viser det sig regelmæssigt ved nærmere undersøgelse, at hændelsen har bekræftet kvinden i nogle angstbesatte forestillinger, som hun havde, allerede inden begivenheden indtraf. Det er altså ikke hændelsen, der har produceret symptomet, men den subjektive betydning, som hændelsen blev tillagt.

De psykiske konflikter bag vaginisme

Henvisninger til manglende sexualoplysning, kulturelle og religiøse særheder eller chokerende hændelser er altså ikke tilstrækkeligt til at forklare, hvorfor vaginisme opstår. Vaginisme må forstås som et somatisk symptom, der udtrykker en psykisk konflikt⁴. Der er ikke tale om, at én bestemt konflikt altid kommer til udtryk som netop dette symptom: den samme konflikt kan få mange forskellige somatiske og psykiske udtryk og modsat kan symptomet vaginisme dække over mange forskellige typer af indre konflikter. Vaginisme er ikke engang nødvendigvis resultatet af én eneste psykisk kon-

likt, men er ofte en følge af en række konflikter, der er blevet grundlagt i forskellige udviklingsfaser (derom senere). Hvis man vil vide, hvorfor en bestemt kvinde netop har udviklet dette bestemte symptom, må man foretage en dybtgående analyse af hendes livshistorie. Det komplicerer sagen lidt, men det menneskelige sjæleliv er kompliceret. Enkle modeller over det psykiske er desværre oftest samtidig overfladiske.

Symptomet vaginisme udtrykker i første omgang en angst for penis' indtrængen⁵ i vagina - altså en angst for samleje. Denne angst kan brede sig til andre former for vaginal indtrængning; gynækologiske undersøgelser, indføring af menstruationstamponer, egne eller andres fingre og så videre. Denne indtrængning er ikke farlig for kvinden i virkeligheden, så *der er tale om en irrationel angst.* Hvilke angstbesatte forestillinger har vaginistiske kvinder? *Vaginistiske kvinders angstbesatte fantasier drejer sig generelt om de kvindelige seksuelle funktioner:* menstruation, defloration, samleje, graviditet og fødsel. Disse funktioner opleves som forbundne med uudholdelig smerte, enten i form af sønderrivning af kroppen, gennemboring, blødning og sår eller i form af ydmygelse, tab af personlig integritet, besejrethed og tegn på underlegenhed. En meget almindelig forestilling hos disse kvinder er, at vagina er for lille eller misdannet og et ømfindtligt organ, der let kan blive sønderflænget og ødelagt. Mange har endvidere angstfyldte fantasier om, at manden, penis eller sæden har magiske og farlige egenskaber. Penis opleves som overdimensioneret stor, truende eller ækel, som en stor slange, en dolk eller et sværd, der gennemborer og destruerer kvinden. Sæden opfattes af nogle som noget beskidt eller giftigt.

Menstruationen ses som urent blod eller som tegn på ødelæggelse af de indre eller ydre seksuelle organer, mødommen opfattes som en kraftig hinde, der komplet lukker for indgangen og kun kan gennembrydes under skrækelige smerter eller langvarig blødning. Samlejet ses af mange som en sadistisk akt, der er forbundet med vold mod kvinden og stærkt smerte, graviditet opleves af nogle, som om barnet vokser som en svulst i maven, fødslen forbindes af de fleste med sønderrivning og ubærlig smerte (jvf. Dawkins & Taylor 1961, Poinard 1966, Chisholm 1972, Ellison 1972, Kampman & Kauppila 1978). Der er naturligvis store forskelle på, hvilke funktioner og organer, der er belagt med angst, og hvor voldsomme angstforestillingerne er⁶.

Hvilke psykiske konflikter er sådanne angstbesatte fantasier udtryk for? Ifølge Freuds anden model over symptomdannelse (jvf. tidligere) er symptomet resultatet af en konflikt, der opstår omkring en ny form for tilfredsstillelse af libidoen. Konfliktens poler, en angst og en lyst, mødes gennem det kompromis, som symptomet udgør. *De to poler i symptomet vaginisme er lyst til sexualitet på den ene side og angst for vaginal indtrængning på den anden.* Libidoen, der ikke har kunnet finde tilfredsstillelse på en ny måde - ikke har kunnet antage et nyt objekt, der hører til en ny fase af sexualudviklingen - regrederer til en allerede tilbagelagt fase og finder tilfredsstillelse i

en allerede tilbagelagt sexualorganisation eller ved et tidligere opgivet objekt. *Ved vaginisme er den fase, der volder problemer, den modne kvindeligheds fase.* I den fase er objektet en mand, og det libidinøse mål er den seksuelle forening mellem mand og kvinde, eventuelt resulterende i fødslen af et barn. For angstfrit at kunne indgå i denne fase må kvinden have forsonet sig med de kvindelige seksuelle funktioner: menstruation, evnen til at blive gravid, føde og amme et barn, og hun må føle glæde og stolthed ved de kvindelige seksuelle organer: vagina, livmoderen og de ydre kønsorganer. Deflorationen må opfattes som en naturlig hændelse i livet, og vaginal indtrængning eller samleje må betragtes som noget naturligt og tilfredsstillende. Forholdet mellem mand og kvinde må opfattes som ligeværdigt og tilfredsstillende for begge parter⁷. Hvis indtræden i denne fase umuliggøres af angst eller bindinger, vil libidoen regredere til allerede tilbagelagte faser af sexualudviklingen eller forblive bundet til barndommens objekter. Jeg vil i det følgende skitsere nogle af de regressive oplevelsesfigurer, som vaginistiske kvinder kan være præget af.

I den anale fase drejer det psykiske konfliktmateriale sig om polariteterne aktivitet/passivitet, sadisme/masochisme og kærlighed/aggression. Hvis barnets forsøg på at manifestere sig som en aktivt og selvstændigt handlende person mødes med forbud, afstraffelse, krav om lydighed eller trusler om kærlighedstab, vil barnets forståelse af aggressionens plads i livet farves heraf. Mange vaginistiske kvinder opfatter det at manifestere egne ønsker og interesser aktivt som aggressive handlinger, der er farlige eller skadelige for objektet og derfor er urealisable. De fremtræder som pæne, velopdragne piger, men deres ubevidste fantasier og deres overføring drejer sig ofte om hævnønsker, stædighed, trods og undertrykt aggression.

Renlighedstræningen er et af de områder, hvor konflikterne om aktivitet/passivitet, kærlighed/aggression og sadisme/masochisme kommer tydeligst til udtryk⁸. Hvis pigen udsættes for en rigid renlighedstræning, vil hun ikke opleve, at hun gradvis bliver i stand til selv at beherske lukkemuskulaturen, men at moderen⁹ behersker hendes krop både udvendig og indvendig (jvf. Smirgel 1964, Torok 1964). Mere bredt kommer pigen ikke til at opleve, at hun gennem sine aktive handlinger lystfyldt kan komme til at beherske sin omverden og sig selv, men tværtimod at hun bliver behersket af et sadistisk, kontrollerende moderimago, der hindrer aktivitet og forbyder aggression. De anale og urethrale funktioner forbindes således associativt med oplevelsen af at blive behersket og kontrolleret udefra. En del børn reagerer trodsigt på en rigid renlighedstræning ved at klemme lukkemusklerne sammen og nægte at tømme sig på de foreskrevne tidspunkter. Den vaginistiske reaktion kan i mange tilfælde tolkes som en overføring af den trodsige sammenklemning af lukkemuskler fra anus til vagina. At personer, der oplever verden i anale termer, i deres ubevidste associationer ikke adskiller anus fra vagina, er behandlet i mange psykoanalytiske skrifter (jvf. bl.a. Freud 1908, Andreas-Salomé 1916, Deutsch 1925). Lad mig illustrere dette med et ek-

sempel fra litteraturen om vaginisme:

En vaginistisk kvinde fortæller, at hun 7 år gammel så en kalv blive født og troede, den kom ud gennem anus. I sin fantasi sammenlignede hun kalvens enorme størrelse med anus' og følte intens angst. Selv om hun senere blev bedre oplyst, blev hun i sin fantasi ved med at associere fødsel med anus.

14 år gammel så hun billeder af en fødsel, blev klar over at barnet kom ud gennem vagina, sammenlignede igen størrelsen, og hendes angst for at føde blev endnu større. I fantasien associerede hun samleje med graviditet, hvilket fører til den angstbesatte fødsel, og den primære angst for fødsel blev forskudt til en angst for samleje. Hun har ubevidste fantasier om at blive sønderflænget, hvis hun føder et barn, som bliver forskudt til et billede af at blive sønderflænget ved samlejet. Denne angst for at blive sønderflænget bliver transformeret til symptomet vaginisme (Kampman & Kauppila 1978).

En kvinde, der oplever verden i anale termer, vil i mange tilfælde forbinde samlejet med fornemmelsen af at blive behersket og kontrolleret udefra. Hun vil på den ene side opleve penis' indtrængning som forsøg på at undertrykke hendes selvstændighed og kontrollere hendes krop både udvendig og indvendig. På den anden side vil hun opleve sine egne aktive seksuelle ønsker som aggressive manifestationer, der er farlige eller skadelige for objektet. Vaginisme kan være et forsvar mod begge disse former for angst. Et eksempel kan lette forståelsen af denne psykodynamik:

En ung pige med vaginisme oplever ubevidst, at hvis hun udfoldede sine egne interesser og behov, så ville det skade hendes kæreste, som hun betragter som god og sårbar. Hun oplever ubevidst sine forsøg på at handle selvstændigt som aggressive og destruktive manifestationer, som hun må beskytte kæresten imod. Vagina får destruktiv karakter, når hun forsøger at manifestere sig seksuelt, og vaginismen kan ses som et forsøg på at beskytte penis mod hendes farlige og destruktive aggression, det vil sige hendes lyst til at være sig selv seksuelt.

På den anden side er hun bange for at flytte sammen med kæresten, fordi hun mener, hun ville miste sig selv og sine drømme, og fordi hun opfatter mænd som dominerende. Hun oplever altså ubevidst mænd som en trussel mod sin integritet. Hun oplever således penis som bærer af en overdimensioneret fallisk magt, og vaginismen kan opfattes som et forsøg på at beskytte sig mod denne farlige penis.

Hun har en uintegreret, ubevidst aggressivitet, som hun oplever som farlig. Udadtil reagerer hun passivt for at kompensere for denne farlige aggression. Hun kommer i terapi, fordi hun oplever passiviteten som generende. Vaginismen ser hun ikke som noget problem, for der findes så mange andre måder at være seksuelt sammen på (Juhl 1984, s. 46-47).

I den falliske fase drejer det psykiske konfliktmateriale sig om polariteten magt/afmagt, eller som Freud udtrykker det: besiddelsen af fallos eller kastrerethed. Det er ikke kønslige relationer, men magtforhold, blandt andet mellem kønnene, der er i fokus i denne fase. En kvinde, der oplever verden i falliske termer, vil i mange tilfælde betragte kvinder som magtesløse og mænd som besiddere af al magt. De kvindelige seksuelle funktioner opfattes i samme lys: menstruationen opleves som en månedlig påmindelse om kastrationssåret og egen underlegenhed, samlejet opleves som voldtægt og under-

kastelse, fødslen ses som den smertens pris, som kvinden må betale for mandens fornøjelse. Forholdet mellem mand og kvinde opleves som et magt/afmagt-forhold. Alt sammen ubevidste fantasier, som mange vaginistiske kvinder deler.

Vaginistiske kvinders angst kan altså i mange tilfælde forstås som tegn på regression til den falliske og/eller den anale fase. En psykisk konflikt udspiller sig imidlertid altid i forhold til et objekt, og et aspekt af vaginismen er ofte en uløst binding til faderen og/eller moderen. I mange tilfælde vil der i starten af behandlingen blive fokuseret på faderbindingen, der ofte drejer sig om en uløst ødipal konflikt. Denne konflikt drejer sig på den ene side om incestuøse ønsker rettet mod faderen og på den anden side om rivalisering med moderen om faderens gunst. I forbindelse med den ødipale konflikt oplever pigen en angst for, at hendes indre skal blive ødelagt, enten af faderen, fordi han er for stor eller på anden måde farlig (en slags tematisering af generationsforskellen) eller af moderen, som gengældelse for pigens rivalisering med hende (en fantasi, der er beslægtet med de før nævnte anale fantasier om, at moderen behersker hendes krop både udvendig og indvendig¹⁰). Moderbindingen, der dels ligger udviklingsmæssigt tidligere og dels er forbundet med stærke følelser af ubehag, had og krænkelthed, dukker ofte op senere i behandlingen, når faderbindingen i nogen grad er opløst. Konflikterne med moderen er ofte identiske med de ovenfor omtalte konflikter i den anale fase. Det er konflikter omkring selvstændighed og aktivitet og omkring den aggressivitet, der kan muliggøre begge dele, men som det sadistisk/anale moderimago undertrykker og forbyder. Konflikter omkring de kvindelige seksuelle funktioner og organer er ofte i forgrunden hos vaginistiske kvinder, og de udspiller sig i fantasien regelmæssigt i forhold til moderen, som på en gang er pigens identifikationsfigur, hvad angår dannelsen af kønsidentiteten, opfattelsen af den kvindelige krop og sjæl og forestillingerne om forholdet mellem kvinde og mand - og den figur, der forbindes med forbuddet mod at tage sin egen krop og dermed sin seksualitet i besiddelse (jvf. Smirgel 1964, Torok 1964).

De psykodynamiske bevægelser, jeg her har omtalt, er måske tydeligst hos kvinder med primær vaginisme. Sekundær vaginisme opstår efter en kortere eller længere periode, hvor samleje kan lade sig gøre, og ser umiddelbart ud til at skyldes bestemte hændelser i voksenlivet. Sådanne hændelser kan imidlertid ved nærmere undersøgelse vise sig at være den ekstra belastning, der får allerede eksisterende og dårligt løste psykoseksuelle konflikter til at blusse op igen. Et eksempel kan belyse dette:

En kvinde, der har været gift i 10 år og har to børn, udvikler vaginisme. Efter flere spontane aborter og på grund af svære underlivssmerter har hun for nylig fået fjernet livmoderen. Det seksuelle samliv med manden, som hun er meget knyttet til og glad for, var yderst tilfredsstillende indtil denne operation. Operationen bevirkede godt nok, at underlivssmerterne holdt op, men hun har haft vaginisme lige siden. Det viser sig, at hun efter operationen har følt sig amputeret. Hun føler, at hun ikke er kvindelig mere og me-

ner, at hendes mand snart vil mærke det og derfor forlade hende. Hun oplever fjernelsen af livmoderen som et væsentligt tab både kropsligt og psykisk.

Efterhånden som vi taler om dette tab bliver hun klar over, at krampen opstår, når penis er nået så højt op i hendes vagina, at hun før i tiden kunne mærke den mod sin livmodermund. Det, hun mærker nu, er derimod tomhed, og hvert eneste samlejeforsøg vækker således mindet om hendes amputerede og kastrerede tilstand. Den vaginistiske reaktion tjener altså til at undgå konfrontation med den kastrationsangst og angst for identitetstab og tab af objektet, som fjernelsen af livmoderen har vakt til live igen. (Egen sag).

Vaginistiske kvinders mænd

Vaginisme er et symptom, der findes hos kvinder, men det er et symptom, der i høj grad påvirker samlivet med en mand. Vaginistiske kvinders mænd beskrives forbavsende ens i litteraturen: som vege, eftergivende, venlige, imødekommende, antiaggressive, forsigtige og hensynsfulde personer. Et eksempel kan illustrere, hvad der kan ligge bag denne beskrivelse:

En mand, der er gift med en vaginistisk kvinde, fortæller, at han i begyndelsen af deres fælles liv måtte kæmpe mod en meget stor modstand fra sin kones side. Typisk havde hun undertøj, nattøj og dyne på, og han fik lov til at lægge sig udenpå dynen og kysse hende. Langsomt fik han vristet mere og mere at tøjet fra hende. En dag havde han revet hendes undertrøje i stykker, fordi hun blev ved med ikke at ville have den af. Han havde følt sig som et vilddyr og er stadig lidt flov over hændelsen. Senere i deres samliv havde han defloreret hende. Han taler lidt forskrækket om blodet. Han har en skræk for at være voldsom og er bange for, om han måske skulle være sadist. Om sin barndom fortæller han, at han levede hos sin fraskilte mor, som havde skiftende partnere. Han havde flere gange kunnet høre deres seksuelle aktiviteter, skændrier og moderens gråd. Han opfattede moderen som skrøbelig og forsvarsløs og hendes elskere som brutale. En enkelt havde slået moderen. Han havde lovet sig selv aldrig at være voldelig mod en kvinde. (Egen sag).

De mænd, der kan affinde sig med samlivet med en vaginistisk kvinde, og som vaginisme-kvinden på sin side kan holde ud at leve sammen med, nærer ofte ubevidste fantasier, der er meget lig disse kvinders egne forestillinger: de betragter kvinden som et sart og skrøbeligt væsen, der let kan gå i stykker, de forestiller sig samlejet som en voldelig akt, hvor manden påfører kvinden smerte og lidelse, og de forbinder kvindens seksuelle organer og funktioner med blodige og smertefulde processer. Nogle lider af skyldfølelser på hele mandkønnets vegne over at påføre kvindekønnet lidelser¹¹. Sådanne mænd har i lige så høj grad som vaginistiske kvinder behov for en gennemarbejdning af fantasier omkring sexualitet og forholdet mellem mand og kvinde. Fælles for vaginistiske kvinder og deres mænd er ofte en angst for det aggressive moment, der altid findes i sexualitet.

Behandling af vaginisme

Som andre somatiske symptomer behandles vaginisme traditionelt overvejende med somatiske metoder - efterhånden suppleret med lidt psykologi, men ofte i form af adfærdsmodifikation snarere end af indsigtsgivende terapi. Jeg vil i det følgende diskutere to almindeligt anvendte former for behandling af vaginisme i forhold til den psykoanalyse-inspirerede synsvinkel, jeg har argumenteret for.

Dilatationsmetoden

Masters & Johnson (1970, s. 256-258) anbefaler følgende procedure ved behandling af vaginisme:

1. Først demonstreres eksistensen af den ufrivillige krampe-reaktion for parret ved en gynækologisk undersøgelse, og den anatomiske side af problemet forklares udførligt.
2. Manden instrueres nu i at dilatere, det vil sige udvide eller udspile, kvindens vagina hjemme og under hendes kontrol med dertil indrettede instrumenter af stigende størrelse, såkaldte dilatatorer. Det anbefales, at kvinden beholder de største af dilatatorerne i vagina i flere timer hver nat.
3. Efter 3-5 dage er vagina dilateret så meget, at samleje kan forsøges.
4. På dette tidspunkt træder det underliggende psykosociale traume, der har ført til vaginismen, tydeligere frem, fordi symptomet nu er fjernet, og derfor skal lidelsens psykofysiologi - hvad vaginisme er og hvordan den har udviklet sig - forklares for parret, og man skal forsikre parret om, at den kan afhjælpes. Det, der skal til, er kontant information. Alle kvinder med seksuelle dysfunktioner har det til fælles, at de totalt mangler autoritativ information, der kan give dem en grad af objektivitet, når de står ansigt til ansigt med det psykosociale problem bag den seksuelle dysfunktion.

Mange forfattere følger denne model, mens andre modificerer den lidt: Masters & Johnson arbejder med intensive behandlingsforløb på 2-3 uger, hvor parret er borte fra deres sædvanlige dagligliv og udelukkende koncentrerer sig om det seksuelle problem. Mange senere forfattere anbefaler ugentlige møder med terapeuten, dels på grund af økonomiske overvejelser og dels fordi psykiske processer tager tid. Shaked & Lotan (1984) anbefaler, at kvinden ved overgangen til hver ny størrelse dilatator starter med at dilatere sig selv i enrum, og først når det er lykkedes lader manden dilatere hende under hendes kontrol. Kaplan (1974) anbefaler brugen af fingre - enten kvindens egne eller mandens - i stedet for dilatatorer.

Dilatationsmetoden forekommer mig at bygge på den opfattelse, at kvinden primært på grund af manglende oplysning tror, at hendes vagina ikke kan rumme genstande af en eller anden størrelse. Behandlingen går da ud på

at vise hende, at det kan den godt, og på at opmuntre hende til at klare de bagvedliggende psykiske konflikter selv, efter at hun og manden er blevet forsynet med objektiv information om de fysiologiske og psykosociale aspekter af problemet. Saglig information er Masters & Johnsons vigtigste redskab i behandlingen, og de gør et stort nummer ud af demonstrationen af krampe-reaktionen for parret. Ifølge flere forfattere (Abraham 1956, Poinard 1966, Ellison 1974, Kampman & Kaupilla 1978) udløser gynækologisk undersøgelse imidlertid ikke krampe hos alle vaginistiske kvinder, og jeg har allerede nævnt, at det psykologisk interessante ikke er, at disse kvinder er dårligt oplyst om sexualitet, men derimod hvordan det kan være, at de ikke har søgt oplysning, der i vore dage er tilgængelig i bøger, hos læger og så videre, samt hvordan de er nået frem til den teori, at vagina er for lille, og at samlejet er smertefuldt for kvinden.

Dilatationsmetoden bygger på den fejlagtige opfattelse, at irrationelle fantasier og angst kan fjernes ved hjælp af rationelle argumenter. Vaginistiske kvinder har ikke brug for udefra kommende udvidelse af vagina med lægelige instrumenter. De har brug for en indefra kommende erkendelse af, at kvindens seksuelle funktioner og organer ikke er forbundet med uudholdelig smerte, tilintetgørelse eller ydmygelse *i virkeligheden*, og at den angst for smerte, tilintetgørelse eller ydmygelse, de lider under, er forbundet med psykiske konflikter, som kan løses på andre måder end ved at lukke for sexuel nydelse.

Adfærdsterapi

For groft at skitsere forskellen mellem en psykoanalytisk og en behavioristisk forståelse af psykosomatiske symptomer: den første position ser symptomet som et ydre tegn på en indre konflikt, mens den anden ser symptomet som selve sygdommen. For adfærdsterapeuter er fjernelse af symptomet lig med helbredelse af sygdommen, mens psykoanalytisk orienterede terapeuter mener, at hvis symptomet fjernes, uden at dets subjektive betydning er blevet bevidst for patienten, så vil det enten blive erstattet af et nyt symptom eller anden form for forsvar, eller forsvaret vil bryde sammen med en forværring af sygdommen eller et psykisk sammenbrud til følge. Den psykoanalytiske position ser det som sin opgave at afdække, hvem eller hvad den angst og aggression, som symptomet udtrykker på en indirekte måde, er rettet mod. Behaviorismen ser derimod angst og aggression som *reaktioner* på sygdommen/symptomet, som forsvinder af sig selv, når symptomet fjernes.

Adfærdsterapi benytter sig af forskellige teknikker til at fjerne symptomer. Et symptom som vaginisme forstås som en betinget reflex, der skyldes en sammenstilling af smerte eller angst med forsøg på eller forestillinger om vaginal indtrængning. Det drejer sig så om at fjerne forbindelsen mellem de to størrelser, en såkaldt afbetingning eller deconditionering. Denne kan foregå *in vitro* eller *in vivo*. *In vitro* deconditionering består i gradvis at vænne kvinden til at kunne udholde forestillingen om vaginal indtrængning og sam-

tidig slappe af, eventuelt under hypnose. In vivo deconditionering består i at vænne kvinden til at kunne slappe af, samtidig med at hun befinder sig i selve den angstbesatte situation. Ved sidstnævnte metode benyttes ofte dilatation (jvf. Hertoft 1980, s. 155-156). Jeg vil nu referere en sag, der illustrerer adfærdsterapiens grænser:

Parret henvises til behandling på grund af vaginisme. Deres sexualitet består i gensidig onani til orgasme fulgt af mislykkede samlejeforsøg. Kvindens stærke angst for og ønske om at undgå samleje opretholdes og konsolideres af mandens eftergivende, føjelige og underdanige holdning. Efter 6 konsultationer med afslapnings- og selvdilatationsøvelser er kvinden i stand til at indføre den største dilatator og instrueres i at forsøge samleje således: manden skal udføre et forlænget forspil for at fremkalde tilstrækkelig sexuel ophidselse hos kvinden og derefter ignorere protester og ubehag fra hendes side og gennemføre samleje. Efter yderligere 4 uger rapporterer kvinden, at det på trods af megen møje ikke er lykkedes at opnå vaginal indtrængning.

Parret indkaldes derpå til en samtale, hvorunder manden får en opsang: Han er for sensitiv over for konens ubehag og er derved delvist ansvarlig for terapiens fiasko, idet han indgår i en alliance med hende om ikke at fortsætte, når hun giver minimale udtryk for smerte. Han instrueres i at ignorere klager om smerte af alle slags og i at bruge aggressive teknikker til at bryde hendes modstand mod fuld indtrængning. Endvidere instrueres han i at ophøre med at give hende clitorale orgasmer, da disse virker selvforstærkende og mindsker hendes motivation for ændring. Endelig informeres han om, at hendes vagina er stor nok, forevises den største dilatator, som hun jo har vist sig at være i stand til at indføre, og får til sidst lov til selv at indføre dilatatoren for at overbevise sig om, at kvinden ikke lider skade.

Resultatet af behandlingen er, at vaginal indtrængning rent mekanisk kan lade sig gøre, men at kvinden efter 10 måneder med normalt samleje endnu ikke har opnået orgasme (Cooper 1969).

På grund af sin mangel på indsigt i psykodynamik og ubevidste processer tvinges terapeuten i dette eksempel til at gribe til mere og mere voldelige metoder. I stedet for at hjælpe manden med at formulere hans fantasier, som formodentlig handler om mandens ødelæggelse af kvinden gennem samlejet, opfordrer han ham til noget, der mest af alt minder om voldtægt. Han forsøger med rationelle argumenter af typen »se selv - der er plads nok«, at fjerne irrationelt fantasimateriale hos manden. Resultatet er derefter: Det vaginistiske symptom har vejet pladsen, men er blevet erstattet af et nyt symptom: anorgasme. Begge symptomer tjener sandsynligvis som forsvær mod bestemte psykoseksuelle konflikter, hos kvinden og måske også hos manden, som ikke er blevet opløst gennem den adfærdsterapeutiske behandling.

En psykoanalytisk inspireret model for behandling af vaginisme

Jeg har argumenteret for, at vaginisme er et somatisk symptom, der skyldes psykiske konflikter omkring egen kvindelighed. En model for behandling af vaginisme må følgelig tage højde for både de psykiske og de somatiske

aspekter af problemet. I modsætning til adfærdsterapien lægger psykoanalytisk tankegang op til ikke at betragte symptomet som en isoleret størrelse, men se det i den helhed, som patientens livshistorie og nuværende situation udgør. Hvad angår vaginisme er det ikke nok at fjerne krampe-reaktionen. Det drejer sig om at løse op for nogle af de fastlåste mønstre, således at kvinden kan få et mere flexibelt og tilfredsstillende forhold til sin egen seksualitet, sin mand, de muligheder for at blive gravid, føde og amme et barn, der ligger i den kvindelige krop, og til andre af livets områder; venskaber, skabende aktiviteter, arbejde, uddannelse, forhold til familie og så videre. Den engelske psykoanalytiker Hilda C. Abraham (1956 a, 1956 b) understreger således, at hun ikke stopper behandlingen af vaginisme, før en eller anden grad af orgastisk tilfredsstillelse er opnået. Ligeledes følger hun de af kvinderne, der ønsker det, gennem graviditet, fødsel og den første tid med barnet¹².

På den anden side forsvinder det somatiske symptom ikke uden videre, blot fordi kvinden får en større forståelse af sine psykiske konflikter¹³. En afprøvning af nye erkendelser i det virkelige liv er et vigtigt led i enhver psykoterapi, og for vaginistiske kvinder må behandlingens resultat foruden større selvindsigt bestå i, at de også i det virkelige liv er i stand til angstfrit at omgås med egne kønsorganer. Ligeledes må det seksuelle forhold til manden realiseres, ligesom en eventuel graviditet og fødsel, der jo ud over de psykiske aspekter er yderst kropslige processer. I de fleste tilfælde er det derfor hensigtsmæssigt at samarbejde med en praktiserende læge eller gynækolog om behandlingen. Samarbejdet skal ikke bestå i, at kvindens fortrolige oplysninger flyder frit mellem de to eller i, at begge er til stede ved alle samtaler. For det første må kvinden have mulighed for at udvikle en overføringsrelation til hver af behandlerne for sig. For det andet må diskussionerne med terapeuten holdes adskilt fra de manipulationer med kroppen, som foregår dels hos lægen og dels i kvindens private liv, for hverken at indskrænke friheden til at eksperimentere med kroppen og relationerne i det virkelige liv eller friheden til at tale om hvad som helst hos terapeuten. Terapeutens arbejdsområde er jo ikke de virkelige hændelser, men fantasierne om dem. For det tredje er det for tidskrævende, dyrt og upraktisk at holde mange koordinerende møder eller være til stede samtidig ved alle møder med kvinden. Det er selvfølgelig en forudsætning, at behandlerne ikke modarbejder hinanden, men hver især stoler på, at modparten kan klare sin del af arbejdet, samt at man har afgrænset arbejdsområderne på en rimelig måde.

Det vigtigste i de første samtaler er, at terapeuten opnår kvindens fortrolighed og tillid og kommer til at repræsentere en tolerant og tilladende moderfigur for hende. For at skabe et frirum, hvor kvinden kan formulere og reflektere over sin angst, sine spørgsmål og sine forestillinger, kan det være vigtigt at aftale med kvinden, at hun afstår fra alle videre forsøg på samleje, indtil terapeuten og hun selv er enige om, at hun er klar til det. En måde at danne sig et grundlag for at vurdere behandlingsforløbets længde og sværhedsgrad på er at diskutere menstruation en af de første gange. Det viser sig nem-

lig regelmæssigt, at forestillingerne om menstruation er knyttet sammen med kvindens forhold til moderen og til den kvindelige sexualitet som sådan.

Når kvinden er så tryk ved terapeuten, at hun tør begynde at stille spørgsmål og tage aktivt del i samtalerne, opfordres hun til at konsultere en gynækolog¹⁴. Det skal, med Abrahams (1956 b) ord være en venlig og tålmodig gynækolog med samme tolerante og tilladende moderlige kvaliteter som terapeuten. En kvindelig gynækolog er at foretrække på grund af mulighederne for identifikation med og overføring på en god moderfigur. Som forberedelse til besøget hos gynækologen kan terapeuten foreslå kvinden at undersøge sine kønsorganer med sine fingre og eventuelt et spejl.

Gynækologen skal foretage en kort og nænsom gynækologisk undersøgelse, som må foregå i en rolig atmosfære. Der skal ikke være andre til stede end lægen og eventuelt en sygeplejerske. Gynækologen skal helst forklare kvinden, hvad hun gør skridt for skridt, og hun skal have god tid. Hvis der er nogen tvivl om somatiske uregelmæssigheder, er det bedre at vente med en grundigere undersøgelse til en anden gang end at forårsage smerte eller forskrækkelse hos kvinden ved første besøg. Derefter skal gynækologen lære kvinden at styre den vaginale muskulatur. Det skal gøres klart for kvinden, at der ikke er tale om en »udblokning«, men at formålet er, at hun skal lære sine kønsorganer at kende og blive i stand til selv at styre deres muskulatur. Gynækologen aftaler møder med kvinden for at hjælpe hende med denne proces, svarer på anatomiske spørgsmål og diskuterer konception henholdsvis antikonception, hvis det er nødvendigt. Samtidig fortsætter samtalerne med terapeuten, som sandsynligvis kommer til at vare længere end behandlingen hos gynækologen. Når kvinden føler sig klar til det, opmuntres hun til at forsøge samleje, men det gøres klart for hende, at hun ikke skal forvente egentlig lyst fra de første forsøg, og at hun skal give sig god tid.

Perspektivering

Vaginisme er en sexuel forstyrrelse, der rammer få kvinder, men som kan belyse konfliktpunkter i den kvindelige psykosexuelle udvikling, der optræder langt mere generelt. Det er en forstyrrelse, der eksklusivt rammer vaginas funktion, mens den clitorale sexualitet i mange tilfælde fungerer normalt. Clitoris er egnet til autoerotik og deraf følgende glæde og stolthed over at kunne give sig selv tilfredsstillende uafhængigt af objektet. Denne glæde og stolthed kan, hvis den ikke undertrykkes, være med til at opbygge en følelse af selvverd og autonomi og fremme en frigørelse fra det tidlige, almægtige moderimago - altsammen vigtige led i den psykosexuelle udvikling. Men autonomi alene er ikke lig med moden kvindelighed. Moden kvindelighed indbefatter også en objektrelation til en mand, ligesom tilfredsstillende vaginal sexualitet kræver relationen til en mand. Vaginas funktion bliver vakt til live

gennem den seksuelle forbindelse til en mand, det vil sige gennem samlejet og produktionen af børn. Vagina repræsenterer således en modnings-utopi (jvf. Schlesier 1980).

Vaginisme beror, som jeg har skitseret, på konflikter, der blokerer for en angstfri indtræden i moden kvindelighed og bekræfter omvendt, på en meget direkte måde, at konflikter omkring kvindelighed er forbundet med vagina. Jeg har nævnt, at mænd lige så vel som kvinder kan have psykosexuelle konflikter i forbindelse med moden kvindelighed, og jeg har bragt et eksempel på en mands angst for at skade kvinden. Modsetninger trives ofte side om side i det ubevidste, og fantasier om selv at blive skadet af vagina er lige så almindelige (jvf. Horney 1932, Fausing 1983, Andersen & Larsen 1984).

Vaginitiske kvinder har tydeligvis konflikter omkring erobringen af den vaginale sexualitet, men sådanne konflikter er langt mere udbredte. Jeg tænker på den anti-heteroseksuelle ideologi, der har præget mange af den nyere kvindebevægelses skrifter, og som har været populær hos mange kvinder. Der argumenteres her for, at kvindens lystorgan er clitoris, mens vaginal sexualitet kun er til glæde for manden og dermed passiviserer og undertrykker kvinden (jvf. f.x. Schwarzer 1976, Hite 1976).

Vaginitiske kvinders angst centrerer sig, som jeg har skitseret, ikke kun om samlejet, men også om menstruation, graviditet og fødsel. Også sådanne konflikter er udbredte langt uden for vaginisternes rækker. Jeg tænker for eksempel på feministiske forfattere, der argumenterer for produktion af reagensglasbørn for at befri kvinden for graviditetens, fødselens og barneplejens byrder (jvf. f.eks. Firestone 1972) eller for udsugning af menstruationsblodet på særlige klinikker for at spare kvinden for de månedlige »minusdage« (jvf. f.eks. Greer 1971). Forestillinger om kvindens seksuelle funktioner som en alvorlig hindring for hendes selvudfoldelse, som lidelse, smerte, besvær og fravær af lyst, er altså fælles for mange vaginister og feminister. Også i psykoanalysens billede af kvinden som kastreret kan man genkende sådanne forestillinger. Disse forestillinger går i al deres gru ud på, at kvinder, på grund af deres særlige biologiske udstyr og rolle i forplantningen, til evig tid vil være afskåret fra de udfoldelsesmuligheder, som mænd har. Her må man imidlertid passe på ikke at forveksle biologiske forhold med sociale: den lille piges opdagelse af den biologiske kønsforskel får en enorm betydning for hendes psykiske udvikling, siger Freud. Hun føler sig fra det øjeblik dårligere udrustet og mindre værd end drengen. Det er sikkert rigtigt, at verden kan se sådan ud fra et lille barns synsvinkel, men spørgsmålet er, *hvorfor* verden kan se sådan ud for et lille barn.

Svaret er, at pigen tidligt erfarer, at piger og drenge og kvinder og mænd ikke bliver behandlet ens. Når hun ydermere opdager, at piger og drenge er biologisk forskellige, sætter hun disse to forhold sammen og danner den konklusion, at piger bliver behandlet anderledes end drenge, *fordi* de er biologisk forskellige. Man kan altså sige, at nogle *sociologiske* kendsgerninger, som pigen tolker som *biologiske* kendsgerninger, får betydning for hendes

videre *psykiske* udvikling. Fejlen hos mange vaginister, feminister og psykoanalytikere er, at de glemmer det sociologiske niveau i deres analyse, hvilket har store konsekvenser for deres forståelse af verden. Der er nemlig den store forskel mellem biologiske og sociale forhold, at biologiske forhold er så godt som uforanderlige, mens sociale forhold kan laves om. Konklusionen må snarere være, at så længe kvinder oplever at blive undertrykt på grund af deres køn, vil denne *ydre* undertrykkelse medføre dannelsen af *indre* psykiske strukturer hos kvinder, der virker selvundertrykkende. Udgangspunktet for kvinders selv billede er samfundsskabte billeder af kvinden, og kvindens seksuelle funktioner kan opleves som hendes største fjende - i et kvindeffjendsk samfund. Vaginisme er en af de måder, kvinder kan reagere på.

Forestillinger om kvinders seksualitet som sygdom, besvær og fravær af lyst findes ikke kun hos vaginister, feminister og psykoanalytikere, men er i temmelig høj grad styrende for lægevidenskabens behandling af gynækologiske lidelser (jvf. Garde 1986). Dette kan bevirke, at kvindelige seksuelle funktioner *reelt* bliver smertefulde og besværlige på grund af den behandling, de udsættes for. Den traditionelle lægelige behandling af vaginisme, som jeg har omtalt, forekommer mig at være et godt eksempel på dette: dilationsbehandlingen sigter på at skaffe plads til penis og gøre forplantningsfunktionerne mulige, mens kvindens seksuelle lyst og dens plads som et integreret led i hendes psykiske liv lades ude af betragtning.

NOTER

1. Jeg kan ikke her gøre rede for Freuds teori om sexualudviklingen. En grundig gennemgang findes blandt andet i Ole Andkjær Olsen & Simo Køppe: *Freuds psykoanalyse*, Gyldendal, Kbh. 1981.
2. Den kritik, Freud rettede mod Breuers og sin egen traumeteori, kan rettes mod flere af de terapiformer, der debatteres meget for tiden. Et eksempel er incestteoriene, hvor der lægges afgørende vægt på at få hver eneste incest-hændelse frem i lyset. Ifølge psykoanalysen er det ikke hændelserne, men »offerets« oplevelse og forståelse af disse, der har psykologisk betydning. I terapien er der ingen grund til at forsøge at bestemme, hvilke dele af historierne, der er fantasi henholdsvis virkelighed, fordi begge dele i lige høj grad er udtryk for patientens psykiske realitet. Det er der til gengæld, hvis historierne skal danne udgangspunkt for en retssag mod »krænkeren«.
- Et andet eksempel er sorg/krise-teoriene. Også her lægges vægten på at formulere og afreagere de hændelser, som har fremkaldt den aktuelle sorg/krise reaktion. Sorg rammer, som alle livets andre tildragelser, en person med en bestemt livshistorie. Om en sorg fremkalder alarmerende eller mindre alvorlige reaktioner afhænger ikke kun af kvantiteten af sorg, men også af kvaliteten af den allerede gennemlevede livshistorie. En chokerende hændelse rammer altid en personlighed, der allerede var dannet i forvejen.
3. Jeg er med vilje ikke gået ind i diskussionen om, hvor udbredt symptomet vaginisme er i befolkningen. Der findes, så vidt jeg ved, ingen befolkningsundersøgelser, der belyser spørgsmålet og samtidig opfylder de krav om repræsentativitet og svarprocent,

- som man normalt stiller til statistiske undersøgelser (jvf. f.eks. Garde & Lundes oversigt over nogle kendte undersøgelser i Garde & Lunde 1982, s. 22). Et andet problem er de store forskelle i definitionen af vaginisme mellem forskellige undersøgelser. Spørgeskema- og interview-undersøgelser har desuden det problem, at seksualitet altid er psykoseksualitet. Det, man får noget at vide om gennem sådanne undersøgelser, er folks selvforståelse. Mange vaginistiske kvinder opfatter for eksempel ikke selv deres sexalliv som problematisk. Sådanne data er i virkeligheden mere subjektive end de dybtgående analyser af mennesker, der objektivt set har et bestemt problem, som man kan få gennem psykoterapeutisk arbejde.
4. Så vidt jeg ved, er det meget få psykoanalytiske forfattere, der har forsøgt at placere vaginisme i den psykoanalytiske sygdomsklassifikation, men Otto Fenichel (1945, s. 174) betragter vaginisme som et konversionssymptom, og Hilda C. Abraham (1956 a, s. 352) ser det som et neurotisk symptom mere bredt, hvilket støtter mine antagelser.
 5. Det er ikke tilfældigt, at jeg bruger ordet »indtrængning« i stedet for den sædvanligvis anvendte term, »penetration«. »Penetration« betyder nemlig »gennemtrængning«, og det er jo sådan, at godt nok trænger penis ind i vagina, men selv den kraftigste kommer ikke ud igen et andet sted - først da ville der være tale om gennemtrængning. Termen beskriver altså ikke sagen korrekt og er følgelig ikke nogen god term. Noget helt andet er, at den udbredelse, termen »penetration« har vundet, kunne tyde på, at vaginistiske kvinder ikke er ene om at nære bekymringer angående penis' evne til at sønderrive og ødelægge kvindens krop (jvf. Sichtermann 1983, s. 125).
 6. Sådanne forestillinger kan også findes hos kvinder, der ikke har vaginisme, samt i myter, vitser, talemåder og så videre (jvf. blandt andet note 5).
 7. Helene Deutsch anses med rette for at have reaktionære synspunkter på kvindens psykologi, men er på trods af dette en af de eneste psykoanalytikere, der tager de kvindelige seksuelle funktioner alvorligt og analyserer deres betydning for kvindens psykologi allerede i mellemkrigstiden, mens det overvejende flertal af hendes kolleger betragter pigens udvikling som en »spejlvendt« udgave af drengens. Mine betragtninger over den modne kvindeligheds fase er inspireret af hendes artikel »*Psychologie des Weibes in den Funktionen der Fortpflanzung*« fra 1925. En af Deutsch's nutidige arvtagere er Marina Gambaroff, der i sin bog »*Troskabens utopi*« blandt andet beskæftiger sig med de kvindelige seksuelle funktioners betydning for kvindens psykologi.
 8. Også forfattere, der ikke går ind for en psykoanalytisk tankegang (blandt andet Kampman & Kauppila 1978, Ellison 1972, Poinard 1966) bemærker forbindelsen mellem anale overgreb i barndommen og vaginisme senere i livet. Oftest henvises til traumatiske hændelser i barndommen (jvf. diskussionen af traumeteoriens forhold til psykoanalysen og note 2).
 9. Mere præcist: *Moderimagoet*. Den eller de personer, der leder renlighedstræningen, repræsenteres i barnets fantasi af én samlende figur - *moderimagoet*.
 10. Mine betragtninger over pigens angst for ødelæggelsen af sit indre er inspireret af Karen Horney's artikler fra mellemkrigstiden om emnet, jævnfør litteraturlisten. Et af stridspunkterne i psykoanalysens kvindelighedsteori er spørgsmålet om, hvorvidt den lille pige har bevidsthed om og fornemmelser i vagina og de indre kønsorganer. Freud mener, at vagina først får psykisk betydning for begge køn i puberteten, men Horney hævder, at der findes en intuitiv, medfødt viden om vagina hos både piger og drenge. Det falder udenfor denne artikels emne at redegøre for de mangfoldige teoretiske implikationer af denne strid. Jeg undlader derfor at diskutere modsætningerne mellem de brudstykker af psykoanalytisk teori om pigens udvikling, som jeg skitserer, og min fremstilling forekommer af den grund måske mere glat sammenhængende end den ville være, hvis jeg foldede den ud. Til mit forsvar må det fastslås, at der på trods af megen diskussion ikke findes nogen samlet og modsigelsesfri teori om pigens psykoseksuelle udvikling hverken indenfor eller udenfor psykoanalysen. Efter min mening

kan en sådan evigyldig teori ikke produceres, fordi de samfundsmæssige betingelser for den psykoseksuelle udvikling er foranderlige.

11. Sådanne fantasier kan i disse år få ekstra næring fra den standende kvindefrigørelses-debat.
12. Vaginisme er ofte forbundet med angstforestillinger omkring graviditet og fødsel, og mange vaginistiske kvinder kommer netop i behandling, fordi de ønsker sig et barn. Ringler & Langer (1983) undrer sig over, at der ikke findes litteratur om graviditet og fødsel hos førhen vaginistiske kvinder, hvis symptom er blevet fjernet gennem terapi og antager, at det hænger sammen med, at de læger, der overvåger graviditet og fødsel, ikke indsamler oplysninger om tidligere seksuelle vanskeligheder (hvilket nok hænger sammen med den apparatfejlsmodel, som læger gennem deres uddannelse bliver socialiseret til at tænke i). Den sag, de to forfattere refererer i artiklen, tyder på, at psykologisk støtte og særligt nænsomme somatiske undersøgelser under graviditeten ville være af stor betydning for i hvert fald nogle førhen vaginistiske kvinder.
13. Ved et psykoanalytiker-møde om frigiditet siger Helene Deutsch i sit indlæg (refereret i Moore 1961, s. 571), at hun er skuffet over psykoanalysens resultater ved behandlingen af frigiditet (hvormed hun mener alle former for seksuelle forstyrrelser hos kvinder), hvilket støtter mine antagelser. Deutsch slutter heraf, at det er naturligt for ægte kvindelige kvinder at være frigide (Moore 1961, s. 572), hvilket jeg er dybt uenig med hende i. Min konklusion er tværtimod, at psykoanalytisk behandling alene ikke altid er nok til at ophæve seksuelle funktionsforstyrrelser som for eksempel vaginisme, fordi det somatiske aspekt ikke behandles direkte.
14. Nogle forfattere, der ikke tænker psykoanalytisk (blandt andet Ellison 1974, Davidson & Yftach 1975, Batts 1982), understreger også, at det ikke er gunstigt at introducere somatisk behandling, før den akutte angst for samleje er blevet lettet gennem psykologisk behandling.

LITTERATUR

- ABRAHAM, H. C. (1956 a): A Contribution to the Problems of Female Sexuality, *International Journal of Psychoanalysis*, 37: s. 351-353.
- ABRAHAM, H. C. (1956 b): Therapeutic and Psychological Approach to Cases of Unconsummated Marriage, *British Medical Journal*, 1: s. 837-839.
- ANDREAS-SALOMÉ, L. (1916): »Anal« og »Sexual«, *Imago*, 4: s. 249-273.
- ANDERSEN, T. UNGAR & V. STRØIER LARSEN (1984): Sexuelle billeder hos mænd og kvinder i pornografien, *Nordisk forum* 41: s. 60-73.
- BATTS, J. A. (1982): Vaginismus - Method of J.A. Batts, *Medical Aspects of Human Sexuality*, 16/7: s. 68 a, 68 b.
- CHISHOLM, I. D. (1972): Sexual Problems in Marriage: Non-consummation, *Postgraduate Medical Journal*, 48: s. 544-547.
- COOPER, A. J. (1969): An Innovation in the »Behavioural« Treatment of a Case of Non-consummation 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.
- DEUTSCH, H. (1925): Psychologie des Weibes in den Funktionen der Fortpflanzung, *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 11: s. 40-53.
- 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.

- ELLISON, C. (1974) i: Zussman, L. m.fl.: Treatment of a Case of Vaginal Constriction Preventing Coitus, *Medical Aspects of Human Sexuality*, 8/5, s. 80-109.
- FAUSING, B. (1983): Fantasiens billeder og billedernes fantasi, *Kvindestudier*, 7: s. 131-165.
- FENICHEL, O. (1945): *The psychoanalytic Theory of Neurosis*, Routledge & Kegan Paul, London 1982.
- FERTEL, N. S. (1977): Vaginismus: a Review, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3/2: s. 113-121.
- FIRESTONE, S. (1972): *The Dialectic of Sex*, Bantam, N.Y.
- FREUD, S. & J. BREUER (1895): *Studien über Hysterie*, engelsk udgave: *Studies on Hysteria*, Freud Pelican Library vol 3, Harmondsworth 1974.
- FREUD, S. (1904): Die Freud'sche psychoanalytische Methode, *Gesammelte Werke* 5: s. 3-10.
- FREUD, S. (1908): Om infantile seksualteorier, i: *Afhandling om seksualteori*, Reitzel Kbh. 1985.
- FREUD, S. (1910): Über »wilde« Psychoanalyse, *Gesammelte Werke* 8: s. 118-125.
- FREUD, S. (1916-17): Symptomdannelsens veje, i: *Forelæsninger til indføring i psykoanalysen*, Reitzel, Kbh. 1972.
- FREUD, S. (1918): *Ulvemanden*, Reitzel, Kbh. 1984.
- FRIEDMAN, L. J. (1962): *Virgin Wives*, Lippincott, Philadelphia.
- GAMBAROFF, M. (1986): *Troskabens utopi*, Tiderne Skifter, Kbh.
- GARDE, K. (1986): Hvad mener lægerne om kvindernes sexualitet, *Nordisk Sexologi*, 6: s. 259-264.
- GARDE, K. & I. LUNDE (1982): *Voksne kvinder*, Lindhardt & Ringhof, Kbh.
- GREER, G. (1970): *The Female Eunuch*, MacGibbon & Kee, London.
- HERTOFT, P. (1980): *Klinisk sexologi*, Munksgård, Kbh.
- HITE, S. (1976): *The Hite Report*, Dell, N.Y.
- HORNEY, K. (1923): On the Genesis of the Castration Complex in Women, i: *Feminine Psychology*, Norton, N.Y. 1973, s. 37-53.
- HORNEY, K. (1926): The Flight from Womanhood, samme bog, s. 54-70.
- HORNEY, K. (1932): The Dread of Woman, samme bog, s. 133-146.
- HORNEY, K. (1933): The Denial of the Vagina, samme bog, s. 147-161.
- HORNEY, K. (1933): Psychogenic Factors in Functional Female Disorders, samme bog, s. 162-174.
- JUHL, M. TURØ (1984): *Indre fjender - nogle aspekter af kvindelighedens undertrykkelse*, udgivet speciale, Psykologisk laboratorium, Kbh.s Universitet.
- KAMPMAN, R. & A. KAUPPILA (1978): Severe Vaginismus as the Cause of Unconsummated Marriage - a Case of Hypnoanalytic Treatment, *Nordisk psykiatrisk tidsskrift*, 32/5: s. 364-368.
- KAPLAN, H. S. (1974): *New Sex Therapy*, Brunner & Mazel, N.Y.
- LESNIK-OBERSTEIN, M. (1982): Iatrogenic Rape of a fourteen-years-old Girl, *Child Abuse & Neglect*, 6/1: s. 103-104.
- MASTERS, W. H. & V. E. JOHNSON (1970): *Human Sexual Inadequacy*, Little, Brown & Co., Boston.
- MOORE, B.E. (ref.) (1961): Frigidity in Women, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9: s. 571-584.
- 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 Vulvavaginal 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.
- SCHLESIER, R. (1980): Rygterne om vaginas død, *Kontext*, 43: s. 29-45.

- SCHWARZER, A. (1976): *Den »lille forskel« og dens store følger*, Fremad, Kbh.
- SHAKED, A. & Y. LOTAN (1984): Vaginism, Casual Background and Results of Treatment, *Harefuah*, 107/7-8: s. 169-173 (hebraisk tekst, engelsk resumé).
- SICHTERMANN, B. (1983): *Weiblichkeit*, Wagenbach, Berlin.
- SMIRGEL, J. CHASSEGUET (1964): Den kvindelige skyldfølelse, i: Tania Ørum (red.): *Kvindelighed*, Tiderne Skifter, Kbh. 1980, s. 53-112.
- TOROK, M. (1964): Betydningen af »Penismisundelsen« hos kvinden, i: Tania Ørum (red.): *Kvindelighed*, Tiderne Skifter, Kbh. 1980, s. 113-160.