



Hvem skal forme kvinnekroppen?

REDAKSJONELT

SUNDBY J

Kultur, kirurgi og konflikt

I alle land og i alle kulturer uttrykkes mening, moral, status og tilhørighet gjennom symboler. Her hjemme vet vi at rike menn har raske biler, at ærbare kvinner ikke går med for korte skjørt og at ungdommer med moderne innstilling har ring både i nesen og i øyebrynet. Mange av disse symbolene er direkte knyttet til menns og kvinners kropp.

I vår del av verden er grenseoppgangen mellom den kulturelt formede kroppen og medisinske og helse-relaterte problemer hårfin. Vi har for lenge siden tatt i bruk medisinske og kirurgiske for å endre den kroppen vi har fått utdelt, slik at den tilpasses våre aksepterte normer. Våre idealer dreier seg i stor grad om å bevare eller gi en illusjon av ungdom eller slankhet, helst begge deler. Derfor er overvekt et av de største allmennt medisinske problemer blant kvinnelige pasienter i USA, og kulturelt formede sykdomsbilder som anoreksi, overspising og bulimi blir epidemiske. Forståelsesrammen og behandlingen forankres i medisinen, men det må skikkelige kulturanalyser til for å forstå hva disse kroppssorienterte symptomene bunner i (1, 2).

Når det gjelder for store eller for små bryster hos kvinner, er behandlingen direkte medisinsk forankret. Vi definerer det som et psykisk problem knyttet til selvbilde eller som et fysisk problem knyttet til det å ha for "tunge pupper", og legger mer vekt på dette enn på å bevare brystenes egentlige funksjon, nemlig melkeproduksjon. I USA er nå brystkorrigerende kirurgi på fremmarsj igjen etter noen års nedgang fordi noen av implantatmaterialene ble funnet å være helseskadelige (3).

Ikke i fullt så stor grad medisinsk forankret er fjerning av kroppshår, selv om kjemikaliene som noen kvinner bruker på leggene og under armene, må godkjennes før salg.

Til tross for at vi gjennom eksempler fra egen kultur burde kunne forstå andres behov for kroppssorienterte metaforiske uttrykk for kulturell renhet, blir vi likevel engstelige, skremte og opprørte når en gruppe innvandrere presenterer seg for oss med en kulturelt forankret praksis - kvinnelig omskjæring - som direkte endrer den måten vi er vant til å se, definere og gjenkjenne kjønnsorganer på. Nå er ikke engstelse for avvik fra kjønnsorganers "normalitet" noe fremmed for oss. Vi bekymrer oss med stor profitt for menns potens, og lager legemidler som kan love evig reisning. Vi kan gjøre små penis større med kirurgi, og gynekologer møter kvinnelige pasienter som er bekymret for om jomfruhinnen fremdeles er der eller om de små kjønnsleppene er for lange.

Likevel har norske leger og jordmødre ikke helt greid å håndtere fenomenet omskjæring av somaliske kvinner i Norge med profesjonell ro (4). Vi som er vant til å tenke på seksualitet

som noe som er løsrevet fra reproduksjon og rituell tilhørighet og som i flere tiår har fokusert på kvinners rett til å nyte og ønske seksuell tilfredsstillelse i full frihet, kan føle oss provosert og krenket av at kvinner i andre land kan gå aktivt inn for denne skikken og faktisk gjøre det til et stort personlig problem at vi ikke vil hjelpe dem med dette. Ifølge noen kulturelle normer, for eksempel i Somalia, kan en ikke-omskåret kvinne ansees som en "ikke-kvinne", som befengt med skam, hun er uestetisk og ikke til å stole på. Hun kan for eksempel kanskje ikke giftes bort. Likevel tenker vi med vår medisinske kunnskap at dette må være galt. Det kan ikke, ifølge våre normer, være riktig å fjerne vitale, nødvendige kroppsdeler uten at det er medisinske grunner til det. Og det kan ikke være riktig at dette skal gjøres av et moderne helsevesen med begrunnelsen at da blir det ikke så farlig som hvis det gjøres av ukyndige. Alt det vi kaller "naturlige funksjoner" risikerer å bli skadet gjennom amatørmessig kirurgisk manipulering av organene. Urinering, menstruasjon, samleie, fødsel og av og til tarmtømming kan bli hemmet under denne praksisen. I første runde med fødende somaliske omskårne kvinner i Norge ble det sikkert gjort en god del ikke særlig velbegrunnede kirurgiske inngrep - som keisersnitt - som ikke egentlig var nødvendig, fordi vi ikke visste hvordan disse kvinnene skulle behandles. Derfor er det betimelig når en gruppe av norske og somaliske fagfolk (4) nå setter seg ned og gir noen praktiske råd om hvordan vi kan håndtere dette.

Vi har fått en lov som forbyr omskjæring av kvinner, men vi har ingen lov som forbyr omskjæring av menn. Denne eksplisitte loven er viktig for å hindre at unge jenter og barn blir omskåret. Den kan brukes i dialog med innvandrerfamilier, også i forbindelse med ønsket om å få hjelp for problemer forbundet med omskjæring. Hvordan kan en somalisk kvinne vite hva som er "normale" naturlige funksjoner eller seksuell lyst, når alle hennes medsøstre også er omskåret? Og hvordan kan en somalisk mann vite at hans kones problemer er knyttet til omskjæring, når han aldri har opplevd seksuell omgang med ikke-omskårne kvinner? Problemet for oss er at det ikke bare dreier seg om medisinske håndgrep, men helhetlig håndtering. Den medisinske praksis må endres sammen med opplysningsvirksomhet overfor innvandrergrupper, bedre kulturell forståelse av pasienters bakgrunn og respekt for deres egenart. Det må vi klare uten å inngå kompromiss om helsefare, og med ydmykhet og respekt i stedet for avsky og tvang.

Johanne Sundby

LITTERATUR:

1. Douglas M. Rent og urent. En analyse av forestillinger om urent og tabu. Oslo: Pax, 1997.
2. Sundby J. Genital mutilation of women - is it a concern for gynecologists? Acta Obstet Gynecol Scand 1996; 6:513-5.
3. Haseltina FP, Jacobson BG. Women's health research - a medical and policy primer. Washington: Health Press, 1997.
4. Austveg B, Johansen REB, Hersi AH, Mader FA, Rye S. Kvinnelig omskjæring - veien videre. Tidsskr Nor Legeforen 1998; 118: 4243-6.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no