

EDITORIALS

Uncovering hidden stories about abuse

NELLIE RADOMSKY, PHD, MD

Erika, Karen, and Anne (not their real names) sit in my waiting room. They expect relief from their symptoms and direction for their health care. As with many women patients, we talk about birth control, mammograms, sore throats, high blood pressure, hormone replacement therapy, job concerns, cholesterol levels, family issues, and all the other expected reasons for which women visit their doctors.

Erika is a slim 18-year-old woman with dark, thick hair and warm, brown eyes. Karen is 35 and dresses in a casual, relaxed manner. Anne is 53 and has a vivacious smile. These women share another concern. They all have hidden stories about abuse. Unfortunately, they are not alone.

Increasingly, abuse is recognized as a problem for women throughout their lives and as a public health problem.¹ Women and girls of all ages are at risk, and epidemiologic studies show repeatedly that it is family members or acquaintances, not strangers, who are the greatest threat to women. So what role do family physicians have in issues of abuse and health? Do our patients want us to talk to them about these problems? Do we want to talk to them? Research suggests family physicians rarely ask about a history of abuse.²

However, one study³ suggests our patients favour inquiries about physical and sexual abuse and believe physicians can help with these problems. What can we learn



from Erika, Karen, and Anne that might give us direction?

Erika's story

Erika came to me initially because of a throat and ear infection. After a few visits, I encouraged her to have a complete checkup after she mentioned her birth control pills were almost gone. While taking a family history, I made a simple genogram. I advised Erika that I ask many questions about family and their health problems. I collected information about diseases in the family and about alcohol use. I determined what family concerns Erika had.

I then told her I asked everyone, "Have you experienced anything that you consider physical or sexual abuse?" Erika looked down. I waited. And then she told me briefly about a recent rape by an acquaintance. She had not discussed this with anyone. However, she was worried about sexually transmitted diseases and expressed relief that I would check her. She did not want to talk to the police but seemed ready to see a counselor.

Karen's story

Karen has been in my practice for 12 years. When I reviewed her

chart, I realized that, for years, she had many visits for stress issues: her marriage, her job, and concerns about her children. During that time I prescribed antidepressants. Karen went to a mental health counselor, and we also dealt with ongoing physical problems related to abdominal pain and headaches.

When I asked her about experiencing any abuse as part of my history taking, Karen told me more of her story. Her relationship with her husband was complex. She struggled with issues of intimidation and psychological abuse, and she feared physical abuse. She was not worried about his harming the children, but she worried about her ability to keep the family functioning. She worried about financial issues. Recently the problems escalated, and she separated from her husband. Her fear did not subside. She worried more.

We talked about safety, but so far her husband had only tried to choke her. She was afraid if she went to the police things might get worse. She needed the financial support for her children. I continued to see her for depression, chronic tension headaches, and irritable bowel syndrome. When I think about Karen, I realize it is not straightforward to talk about woman abuse merely in terms of diagnosis and treatment.

Anne's story

Anne has been in my practice for several years. I know she will always have a strong opinion about her management, which sometimes I find exciting; other times I find it

frustrating. When I asked Anne about abuse, she filled me in briefly with her story. Truly, she is a survivor.

She had been sexually abused as a child by her grandfather and an older brother. For years in her teens and 20s she had struggled with an eating disorder and depression. She had married an alcohol-dependent man and raised three daughters. In her early 40s she divorced, and although Anne is not sure what changed her life, she knows it had something to do with dealing with the abuse. She was in group therapy for 2 years. Sometimes she talks about her spiritual journey.

Abuse as a health issue

The medical profession has been slow to embrace abuse as a health issue. However, we no longer equate abuse only with injury and psychiatric problems. Increasingly, research points to the frequent use of health care by victims of trauma.^{4,5} Women with a history of abuse or who are currently in abusive relationships often have stories of chronic medical or pain problems.⁶⁻¹⁰

Physicians report that discomfort, fear of offending, powerlessness, loss of control, and time constraints are some of the issues that make them reluctant to inquire about abuse.¹¹ A catch phrase physicians had about the complexity of treatment for wife abuse was "You don't identify what you can't treat."¹² In this issue, Tudiver and Permaul-Woods (page 1475) report that the three top reasons physicians identified for not detecting wife abuse are infrequent patient visits, unresponsiveness of patients to questioning, and no initiative from patients for help. These reasons place responsibility on the patient, not the physician. Paradoxically also in this study, while

most physicians thought more continuing medical education on wife abuse was needed, few had attended a course in the previous 2 years.

The challenge for family physicians to understand abuse as a health issue is complex. If we are going to embrace abuse as a health issue, the profession will need to struggle with the framework all of us live in that regularly discounts the lived experience of people. The medical model trains us to be objective, and consequently we often distance ourselves from our patients. To treat abuse, we need to understand how to respect the process of people's lives. We need to struggle to make sense of abusive experiences and the way women struggle in them rather than merely labeling the experience. Warshaw comments: "If we have never learned that the way we relate to a woman who has been abused is as important as what we do, it is easy to believe that it is not worth bothering or that our attempts to help her will not do any good."¹³

It can be difficult for physicians to see their role as one where there is value in being with the patient. Women dealing with abuse in past and current relationships might require foremost that we hear them. Our focus on action and direction might make it difficult for us to appreciate the value in supporting women, as women struggle to find their own direction.

Value of being heard

What difference does it make to Erika, Karen, and Anne in terms of their health that I now know their stories of abuse? I don't know. And the research to guide us is certainly incomplete. If Erika goes to a counselor now, will this change the medical consequences of her rape? What will be the pattern of her

health care use? I don't know. Did it make a difference when I eventually became aware of Karen's story? If I know about woman abuse, will it change the ongoing care I provide, and will my understanding of health issues change? I can talk to a patient about safety, but I know the issue is never certain. And what about Anne? Does it matter to her long-term health that I know her story of childhood abuse? I'm not sure.

What I do know is that, since I have been asking routinely about abuse issues, patients frequently tell me their abuse stories. In the past, this rarely happened. What I know is that women who have often seemed difficult and frustrating now seem different to me because I know more about their personal stories. Even though the stories of abuse can at times overwhelm me, I recognize that the women value being heard.

Recently a woman said: "When you listened to me, I felt validated. You didn't just say, 'Oh that happened a long time ago – forget about it.'" I recognize that my own ability to empathize increases when I know more about their lives. I believe as a family physician I do have a role in making our society safe for all children, women, and men. I can recognize that violence is part of the lives of many women. I can find ways in the midst of scheduling, overhead demands, and my own orientation to biomedicine to find new ways to hear women's stories. I can respect the process of change as I see women struggling with complex situations. I can struggle with my own physician socializing process that makes it easy for me to objectify and distance myself from women who have been abused. I can be knowledgeable about community resources and become involved. I can find ways to work with women to

encourage their struggle for personal power and ultimately to support their healing process. ■

Dr Radomsky, a Fellow of the College, practises family medicine at the Parsons Clinic in Red Deer, Alta, and is Clinical Associate Professor in the Department of Family Medicine at the University of Calgary.

Correspondence to: Dr Nellie Radomsky, 4822-50th St, Red Deer, AB T4N 1X4

References

1. Flitcraft A. From public health to personal health: violence against women across the life span. *Ann Intern Med* 1995; 123:800-2.
 2. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in

community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med* 1992;24:283-7.

3. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences. *Arch Intern Med* 1992; 152:1186-90.
 4. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 1991;151:342-7.
 5. Laws A. Does a history of sexual abuse in childhood play a role in women's medical problems? A review. *J Women's Health* 1993;2:165-72.
 6. Radomsky NA. The association of parental alcoholism and rigidity with chronic illness and abuse among women. *J Fam Pract* 1992;35:54-60.
 7. Radomsky NA. *Lost voices. Women, chronic pain, and abuse*. New York, NY: Haworth Press, 1995.

8. Wurtele SK, Kaplan GM, Keairnes M. Childhood sexual abuse among chronic pain patients. *Clin J Pain* 1990;6:110-3.
 9. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Ann Intern Med* 1995;123:782-4.
 10. Toomey TC, Hernandez JT, Gittelman DF, Hulka JF. Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain* 1993;53:105-9.
 11. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. *JAMA* 1992;267:3157-60.
 12. Brown JB, Lent B, Sas G. Identifying and treating wife abuse. *J Fam Pract* 1993;36:185-91.
 13. Warshaw C. Domestic violence: challenges to medical practice. *J Women's Health* 1993;2:77-8.

What breast cancer self-help groups want you to know

CATHERINE PHILLIPS, MED
 ROSS GRAY, PHD, CPSYCH
 CHRISTINE DAVIS, PHD, CPSYCH
 MARGARET FITCH, RN, PHD

Being diagnosed with breast cancer is an overwhelming experience for most women. Increasingly, women are turning to self-help groups for support. The number of these groups has increased dramatically across the country in recent years.¹

As researchers interested in women's involvement in breast cancer self-help groups, we are studying groups in four Ontario communities. The groups range in size from 10 to 35 regular participants and include women of all ages and at all stages of breast cancer. The groups were started by women who felt isolated and needed more information and support regarding their illness.

The groups are led by breast cancer survivors, not professionals.

In each of these groups, members have expressed frustration about the medical community's lack of interest in understanding the ways in which women are helped by these groups. Many women believe their physicians look sceptically at their involvement, and a few report their physicians see the groups as potentially harmful. What explains this scepticism about the value of self-help groups? Some physicians underestimate the psychosocial needs of their patients while others are wary of recommending groups about which they know little.²

The following outlines some concerns physicians have raised with group members about their participation in self-help groups and the members' response to them.

Doctor bashing

Some physicians believe that the women spend most of their time

criticizing their doctors. This emphasis on discontent could impair the quality of trust in the doctor-patient relationship and could also reduce treatment compliance.

Group members acknowledge that many women do need to vent anger, which is often related to delays in diagnosis or a perceived physician insensitivity in communicating diagnosis, treatment, or likelihood of cure. However, most groups have guidelines for dealing with doctor bashing. While the story of a group member's experience is always welcomed and supported no matter how angry, it is also made clear that it is unacceptable to identify doctors.

There also seems to be a collective understanding that staying stuck in this anger is counterproductive. Expressing anger is usually the first step in taking more responsibility for one's health care and using the group in a supportive, constructive way to facilitate better working relationships with physicians. In some

ÉDITORIAUX

La révélation d'histoires secrètes de violence

NELLIE RADOMSKY, PHD, MD

Erika, Karen et Anne (noms fictifs) sont assises dans ma salle d'attente. Elles veulent un soulagement de leurs symptômes et des conseils pour leurs soins de santé. Au cours de ces rencontres avec les femmes, nous discutons du contrôle des naissances, de mammographie, de maux de gorge, d'hypertension, d'hormonothérapie substitutive, de problèmes d'emploi, de cholestérol, de la famille et de toutes les autres raisons pour lesquelles les femmes consultent les médecins.

Erika est une jeune femme mince de 18 ans ; elle a la chevelure foncée et abondante et des yeux bruns chaleureux. Karen, 35 ans, porte une tenue sportive décontractée. Anne est âgée de 53 ans et son sourire est exubérant. Ces femmes ont en commun une autre préoccupation. Elles ont toutes des histoires secrètes de violence. Malheureusement, elles ne sont pas les seules.

On reconnaît de plus en plus que l'abus est un problème auquel sont exposées les femmes tout au long de leur vie et un problème de santé publique.¹ Les femmes et les filles de tout âge sont à risque et les études épidémiologiques confirment constamment que ce sont des membres ou des connaissances de la famille, et non des étrangers, qui constituent la plus grande menace. Quel est le rôle du médecin de famille dans ces aspects de la violence et de la



santé ? Nos patientes désirent-elles que nous discutons de ces problèmes ? Souhaitons-nous en discuter ? La recherche indique que les médecins de famille s'informent rarement des questions de violence.²

Une étude³ indique toutefois que nos patientes souhaitent que les médecins s'informent de la possibilité de violence physique et sexuelle et sont d'avis qu'ils peuvent les aider face à ces problèmes. Quelles leçons pouvons-nous tirer de l'histoire d'Erika, de Karen et de Anne qui pourraient mieux nous orienter ?

L'histoire d'Erika

Initialement, Erika m'a consultée pour une pharyngite et une otite. Après quelques visites et après avoir appris que ses contraceptifs oraux étaient presque épuisés, je lui ai suggéré un examen médical complet. Tout en procédant à la revue des antécédents familiaux, j'ai construit un génogramme simple et j'ai informé Erika que je posais beaucoup de questions sur les membres de la famille et leurs problèmes de santé. J'ai recueilli des renseignements sur les maladies présentes dans la famille et sur la consommation

d'alcool afin de déterminer les préoccupations familiales d'Erika.

Je lui ai dit ensuite que je posais la question suivante à tous mes patients : « Avez-vous déjà vécu des expériences que vous considérez être de la violence physique ou sexuelle ? » Erika a baissé les yeux. J'ai attendu. Elle m'a alors raconté brièvement avoir été victime d'un viol de la part d'une connaissance. Elle n'en avait parlé à personne. Elle s'inquiétait toutefois de la possibilité d'une maladie transmissible sexuellement et s'est dite soulagée lorsque je lui ai proposé un examen dans ce sens. Elle ne voulait pas porter plainte à la police mais a semblé prête à voir un conseiller.

L'histoire de Karen

Karen fait partie de ma pratique depuis 12 ans. À la révision de son dossier, j'ai réalisé que depuis plusieurs années elle m'avait consultée à de nombreuses reprises pour des raisons de stress : sa vie de couple, son travail et des inquiétudes autour des enfants. Pendant cette période, je lui avais prescrit des antidépresseurs. Karen a consulté un conseiller en santé mentale et nous avons traité des problèmes chroniques de douleurs abdominales et de céphalées.

Lorsque j'ai abordé le sujet de la violence dans le cadre de mon questionnaire, Karen m'a révélé son histoire. Sa relation maritale était complexe. Elle s'efforçait de vivre dans un contexte d'intimidation et de violence psychologique et elle craignait la violence

physique. Elle ne redoutait pas que le mari s'en prenne physiquement aux enfants mais elle s'inquiétait de sa propre capacité à faire fonctionner la famille. Elle était préoccupée par des aspects financiers. Récemment, les problèmes se sont amplifiés et elle a quitté son mari. Ses craintes ne se sont pas dissipées. Au contraire, elle est devenue plus préoccupée.

Nous avons discuté de sécurité ; jusqu'à maintenant, son mari s'était limité à vouloir l'étrangler. Elle craignait une détérioration si elle portait plainte à la police. Elle avait besoin d'un soutien financier pour ses enfants. J'ai poursuivi le traitement de sa dépression, de ses céphalées chroniques et de son syndrome du côlon irritable. Lorsque je pense à Karen, je réalise qu'il n'est pas très clair et précis de parler de la violence envers les femmes en termes de diagnostic et de traitement.

L'histoire d'Anne

Anne fréquente ma pratique depuis plusieurs années. Je sais qu'elle aura toujours une opinion ferme sur la ligne de conduite à adopter, ce que je trouve parfois stimulant ; en d'autres occasions, cette fermeté devient frustrante. Lorsque mes questions ont porté sur la violence, elle m'a raconté brièvement son histoire. Elle est véritablement une survivante.

Pendant l'enfance, elle a été victime de violences sexuelles de la part de son grand-père et d'un frère plus âgé. Pendant l'adolescence et la vingtaine, elle a lutté contre un trouble de l'alimentation et la dépression. Elle a ensuite marié un homme dépendant de l'alcool et a élevé trois filles. Puis ce fut le divorce dans la jeune quarantaine. Sans savoir précisément ce qui a

changé sa vie, elle sait que la violence subie l'a marquée. Elle a suivi une thérapie de groupe pendant deux ans. Elle parle parfois de son voyage spirituel.

La violence comme problématique de santé

La profession médicale a été lente à accepter que la violence est un problème de santé. Par contre, nous ne nous limitons plus à assimiler la violence aux blessures et aux problèmes psychiatriques. La recherche nous indique de plus en plus clairement que les victimes de traumatismes font fréquemment appel aux services de soins de santé.^{4,5} Les femmes qui ont des antécédents de violence ou qui vivent actuellement une relation abusive ont souvent des histoires de douleurs ou de problèmes médicaux chroniques.⁶⁻¹⁰

Les médecins mentionnent que l'inconfort, la crainte d'offenser, l'impuissance devant la situation, la perte de contrôle et les contraintes de temps sont quelques-uns des aspects qui entretiennent leur réticence à s'informer de la possibilité de violence.¹¹ L'excuse utilisée par les médecins pour ne pas s'impliquer dans la complexité du traitement de la violence envers les femmes se résume ainsi : « N'identifiez pas ce que vous ne pouvez pas traiter ». ¹² Dans ce numéro du *MFC*, Tudiver et Permaul-Woods (page 1475) rapportent que les trois principales raisons invoquées par les médecins pour ne pas détecter la violence envers les femmes sont la faible fréquence des visites, le refus des patientes de répondre aux questions et le manque d'initiative des patientes pour obtenir de l'aide. Ces raisons placent la responsabilité sur les patientes, non sur les médecins. Dans cette étude, il est

également paradoxal de constater que la plupart des médecins expriment le besoin de plus de formation médicale continue sur la violence envers les femmes mais que seulement un très petit nombre ont assisté à une session de formation sur ce sujet au cours des deux dernières années.

Pour les médecins de famille, comprendre l'abus comme problème de santé représente un défi complexe. Si nous voulons que la violence soit partie intégrante de la problématique de la santé, la profession devra dépasser le cadre dans lequel nous évoluons et qui néglige régulièrement le vécu des personnes. Le modèle médical nous forme à devenir objectifs et souvent à maintenir nos distances avec les patients. Pour traiter la violence, il faut apprendre à respecter le processus du vécu des personnes. Il faut tenter de donner un sens aux expériences abusives et aux moyens utilisés par les femmes pour s'en sortir plutôt que de simplement poser une étiquette diagnostique sur l'expérience vécue. Warshaw ajoute le commentaire : « Si nous n'avons jamais appris que notre façon de communiquer avec une femme victime de violence est aussi importante que ce que nous faisons pour elle, il est facile de croire qu'il ne vaut pas la peine de s'en occuper ou que nos tentatives d'aide seront infructueuses ». ¹³

Pour le médecin, il peut s'avérer difficile de se voir dans un rôle où le seul fait d'être en présence du patient est valable. La demande principale des femmes aux prises avec des relations présentes ou passées de violence ne serait-elle pas qu'on les écoute ? Notre insistance sur l'action et les plans de traitement pourrait nous empêcher

ÉDITORIAUX

.....

d'apprécier l'importance du soutien que nous pouvons apporter aux femmes à la recherche de leur propre orientation.

L'importance de l'écoute

En termes d'état de santé, qu'y a-t-il de changé chez Erika, Karen et Anne maintenant que je connais leur histoire de violence ? Je ne sais pas. La recherche qui pourrait nous guider est pour le moins incomplète. Si Erika rencontre un conseiller maintenant, cela changera-t-il les conséquences médicales de son viol ? Quelle sera sa façon d'utiliser les soins de santé ? Je ne sais pas. A-t-on noté une différence lorsque j'ai appris l'histoire de Karen ? Si j'en apprend davantage sur la violence faite aux femmes, est-ce que les soins continus que je dispense et ma compréhension des problèmes de santé changeront ? Je peux discuter de sécurité avec un patient mais je sais que l'enjeu n'est jamais certain. Et Anne ? Sa santé à long terme sera-t-elle différente maintenant que je connais son histoire d'abus pendant l'enfance ? Je n'en suis pas sûre.

Ce que je sais cependant, depuis que je pose systématiquement des questions sur la violence, c'est que les patientes me racontent fréquemment leurs histoires d'abus, ce qui m'arrivait rarement dans le passé. Ce que je sais aussi, c'est que les femmes que je percevais souvent comme difficiles et frustrantes me semblent maintenant différentes parce que je connais davantage leurs histoires personnelles. Même si les histoires de violence et d'abus peuvent parfois me dépasser, je reconnais que les femmes apprécient être écoutées.

Une femme m'a récemment dit : « Quand vous m'avez écoutée, je me suis sentie validée. Vous ne

vous êtes pas limitée à dire 'Cette histoire est survenue il y a déjà longtemps - oubliez ça' ». Je constate que ma propre capacité d'empathie augmente lorsque je connais mieux leur vécu. Comme médecins de famille, je crois que nous avons un rôle à jouer pour assurer la sécurité de tous, hommes, femmes et enfants. Je peux maintenant reconnaître que la violence fait partie de la vie de beaucoup de femmes. Malgré les pressions des listes de rendez-vous, du travail administratif et de ma propre orientation biomédicale, je peux trouver de nouvelles façons d'écouter les récits des femmes. Je peux respecter le processus de changement lorsque je vois une femme aux prises avec des situations complexes. Je peux lutter contre mon propre processus de socialisation médicale où il est facile de me réfugier dans l'objectivité et de me distancier des femmes victimes d'abus. Je peux connaître davantage les ressources communautaires et m'impliquer. Je peux enfin trouver des façons de travailler avec les femmes et les encourager dans la recherche de leur pouvoir personnel et, ultimement, soutenir leur processus de guérison. ■

D^{re} Radomsky, *fellows du Collège, exerce la médecine familiale à la Clinique Parsons de Red Deer, Alberta, et est professeure agrégée d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Calgary.*

Correspondance à : *D^{re} Nellie Radomsky, 4822-50th St, Red Deer, AB T4N 1X4*

Références

1. Flitcraft A. From public health to personal health : violence against women across the life span. *Ann Intern Med* 1995;123:800-2.

2. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med* 1992;24:283-7.
3. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences. *Arch Intern Med* 1992; 152:1186-90.
4. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 1991;151:342-7.
5. Laws A. Does a history of sexual abuse in childhood play a role in women's medical problems ? A review. *J Women's Health* 1993;2:165-72.
6. Radomsky NA. The association of parental alcoholism and rigidity with chronic illness and abuse among women. *J Fam Pract* 1992;35:54-60.
7. Radomsky NA. *Lost voices. Women, chronic pain, and abuse.* New York, NY : Haworth Press, 1995.
8. Wurtele SK, Kaplan GM, Keairnes M. Childhood sexual abuse among chronic pain patients. *Clin J Pain* 1990;6:110-3.
9. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Ann Intern Med* 1995;123:782-4.
10. Toomey TC, Hernandez JT, Gittelman DF, Hulka JF. Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain* 1993;53:105-9.
11. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. *JAMA* 1992;267:3157-60.
12. Brown JB, Lent B, Sas G. Identifying and treating wife abuse. *J Fam Pract* 1993; 36:185-91.
13. Warshaw C. Domestic violence : challenges to medical practice. *J Women's Health* 1993;2:77.

• • •