



LUNDS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

*En diskursanalys av föreställningar kring
vulvavestibulit hos tre intervjuade kvinnor
med vulvavestibulit*

Lina Svensson

Kandidatuppsats vt 2007

Handledare: Marie Bergström

Abstract

In the paper three women with vulvar vestibulitis (long-term pain condition during sexual intercourse) were interviewed to find which conceptions the women experience exist about vestibulitis and how the women they self feel about the condition. Furthermore it was examined if and how the construction of vulvar vestibulitis affects the identity of the women. The method used was half-structured interviews with interview guide. Foucault's discourse analysis was used to analyse the interviews. Several constructions of vestibulitis were revealed from the interviews. One example is that the women experience that society define vestibulitis as a result of the women's personality and sensitive psyche. Another example is the construction of vulvar vestibulitis as caused by candida infections – an idea the women sympathize with. Two constructions of vestibulitis that emerge when the women talked about how the pain condition had affected their lives are vestibulitis as a personal hell and vestibulitis as an unknown and invisible problem. Several of the constructions risk causing subject positions for the women where guilt and shame are possible consequences. No general conclusions can be drawn from the result as that was not the aim of the study.

Keywords: Vulvar vestibulitis, discourse analysis, qualitative psychology, gender, sexuality.

Sammanfattning

I uppsatsen intervjuas tre kvinnor med vulvavestibulit (långvarigt smärttillstånd vid samlag) för att finna vilka föreställningar som kvinnorna upplever att det finns om vestibulit och vilka föreställningar de själva har angående sin vestibulit. Samt undersöks om dessa föreställningar påverkar kvinnornas identitet och självuppfattning, och i så fall på vilket sätt. Som metod användes halvstrukturerade intervjuer med en intervjuguide. Som analysverktyg användes Foucaults diskursanalys. I intervjuerna framkom flera konstruktioner av vestibulit, bl.a. att kvinnorna upplevde att sjukvård och samhälle betonar en orsak till att vestibulit uppkommer är kvinnornas personlighet eller känsliga psyke. En annan konstruktion som framkommer när kvinnorna beskriver hur de upplever att omvärlden ser på vestibulit är att den främsta bakomliggande faktorn skulle vara svampinfektioner, en föreställning som kvinnorna delar. Konstruktioner av vestibulit som växte fram i intervjuerna när kvinnorna talade om sin livssituation är föreställningarna av vestibulit som ett privat helvete och som ett osynligt problem. Flera av konstruktioner riskerar att medföra subjektpositioner för kvinnorna där känslor av skuld och skam är möjliga. Det går inte dra några generella slutsatser av resultatet, vilket inte heller är syftet.

Nyckelord: Vestibulit, diskursanalys, kvalitativ psykologi, genusperspektiv, sexualitet, identitet.

Innehållsförteckning

INLEDNING	2
<i>Teori</i>	2
Foucaults diskursanalys	2
Genusperspektiv	3
<i>Tidigare forskning</i>	3
Diskurser kring vulvavestibulit	3
Tidigare diskursanalyser som berör sexualitet	6
Tidigare diskursanalyser som berör kvinnlig sjukdom	7
Syfte	7
Frågeställning	8
METOD	8
<i>Rekrytering av intervjupersoner</i>	8
<i>Presentation av intervjupersonerna</i>	8
<i>Intervjuerna</i>	9
<i>Transkribering och analys</i>	9
<i>Sex steg i Foucaults diskursanalys</i>	10
RESULTAT	11
<i>Det diskursiva objektet, steg 1, 2 och 3</i>	11
Vestibulit – något en viss typ av kvinnor får	11
Vestibulit – känsligt psyke	13
Vestibulit – något som kvinnorna orsakar själva	16
Vestibulit – något orsakat av svampinfektioner	18
Vestibulit – något orsakat av lokalbehandlingar	19
Vestibulit – ett osynligt problem, något man inte talar om	19
Vestibulit – ett helvete	21
Skillnader och likheter i konstruktionen av det diskursiva objektet	23
Sammanfattning av steg 1, 2 och 3	24
<i>Subjektspositioner, steg 4, 5 och 6</i>	25
Den känsliga kvinnan som själv orsakar sin vestibulit	25
Den normala kvinnan	27
Offret	28
Den avvikande och sexuellt otillräckliga kvinnan	28
Den osynliggjorda kvinnan	29
Sammanfattning steg 4, 5 och 6	29
DISKUSSION	30
<i>Privata konstruktioner av det diskursiva objektet</i>	30
Osynlig diskurs	30
Relationsdiskurs	31
<i>Offentliga konstruktioner av det diskursiva objektet</i>	31
Fysiologisk diskurs	31
Psykologisk diskurs	32
<i>Metoddiskussion och förslag på fortsatt forskning</i>	35
REFERENSER	36
BILAGA - INTERVJUGUIDE	37

Inledning

Vid en studie av kvinnor i åldrarna 20-29 år som besökte en gynekologisk mottagning för en hälsokontroll angav 13% att de lidit av samlagssmärter i mer än sex månader (Wijma et al, 2003). Detta är anmärkningsvärt eftersom det är så pass få i vårt samhälle som känner till vulvavestibulit, som är den vanligaste diagnosen vid långvarigt smärttillstånd vid samlag hos unga kvinnor (Nylander Lundqvist & Bergdahl, 2003). I kvällstidningar kan rubriker som ”Så får ni supersex livet ut” (Aftonbladet) läsas samtidigt som en inte obetydlig andel av kvinnor och män i Sverige inte kan genomföra samlag. Människor idag förväntas vara sexuella varelser med fungerande sexualitet, något som skulle kunna påverka identiteten och självuppfattningen för människor som inte kan genomföra samlag, precis som oförmågan att älska med sin partner kan inverka på självkänslan. I denna uppsats kommer det göras en diskursanalys av hur tre kvinnor med vulvavestibulit talar om vulvavestibulit. Hädanefter kommer begreppen vulvavestibulit och vestibulit användas för att omnämna samma smärttillstånd.

Teori

Foucaults diskursanalys

Winther Jørgensen et al (2000) beskriver diskurser som ”*ett bestämt sätt att tala om och förstå världen*”. Det diskursanalytiska tänkandet ingår i postmodernismen. Kvale (1997) skriver att postmodernisterna avstår från att söka det som är sant eller falskt. Intervjun ses inte som något som ger tillträde till sanningen utan intervjun är skapad av ett socialt sammanhang.

Postmodernisterna söker inte efter att generalisera ett resultat utan tittar på och tolkar det individuellt unika (Kvale, 1997).

För att avslöja vad som karakteriserar diskursen som kvinnor med vestibulit använder sig av när de talar om sin vestibulit och när de talar om sina upplevelser av omvärldens föreställningar av vestibulit, kommer Foucaults diskursanalys att användas. Foucault (2004) menade som många andra att det inte finns en objektiv sanning av verkligheten, utan att vi skapar vår uppfattning om verkligheten genom språket. Ett exempel som han ger är sexualitetens diskurs som kommer presenteras senare i uppsatsen. Ett av huvudsyftena med Foucaults diskursanalys är att avslöja maktstrukturerna och redogöra för vilka diskurs vi styrs av. Winther et al (2000) beskriver att det som skiljer Foucaults diskursanalys mot ”vanlig diskursanalys” är att Foucaults teori utgår från diskurserna och undersöker hur människors

identitet och förståelse för världen skapas och förändras i diskurser samt vilka de praktiska konsekvenserna blir. ”Vanlig diskursanalys” fokuserar i större utsträckning på en analys av diskurserna, där text och tal studeras utifrån hur det är organiserat i sociala sammanhang och vilka konstruktioner av världen dessa stödjer. Vid ”vanlig diskursanalys” försöker också forskaren, till skillnad från Foucaults diskursanalys, undvika att inkludera sin egen förförståelse i analysen (Winther Jørgensen & Philips, 2000).

Genusperspektiv

Hirdman (2003) skriver om kvinnors underordning ur ett historiskt perspektiv. I det hon kallar genuskontraktet är mannen norm och kvinnan är hans motsats. Att kvinnan är mannens motsats kallar hon för ”i-särhållandets princip”. Exempel på i-särhållandets princip är att männen är offentliga och utåtsätt aktivare än kvinnor som är mer privata i hemmet och därför också ses som mer passiva. Ett annat exempel där Hirdman lyfter fram i-särhållandets princip är att männen historiskt ansetts vara förnuftiga; män är genier vilket kvinnor inte är. Hirdman menar att kvinnor som motsats till männen ses som medelmåttor som främst styrs av sina känslor. De sista av Hirdmans motsatspar som jag väljer att lyfta fram är bilden som hon presenterar, där männens ande och psyke betonas, medan kvinnan snarare ses som kropp och sexualitet.

En annan genusteori presenterar Ås (1982) när hon menar att mannen använder sig av fem olika härskartekniker för att behålla sin överordnade position mot kvinnan. Ås menar att kvinnor *osynliggörs*, t.ex. i rollen som seriösa politiker, som kompetenta kollegor eller som personligheter och ses endast objekt/kvinna/kropp. Vidare menar Ås att kvinnor *förlöjligas*, t.ex. genom skämt eller nedvärderande kommentarer. Vidare skrivs att kvinnor *undanhålls information*, t.ex. läkaryrket var länge mansdominerat och universiteten reserverade för män. Ås framför också åsikten att kvinnor utsätts för *dubbelbestraffning*, d.v.s. kvinnor anses ofta göra fel hur de än gör. Slutligen menar Ås att kvinnor påförs *skam- och skuld känslor*, t.ex. menar hon att kvinnor ofta får skulden för männens impotensproblem.

Tidigare forskning

Diskurser kring vulvavestibulit

Vestibulit är en relativt ny diagnos inom sjukvården och började först omtalades så sent som på 1970-talet. Detta kan bero på att det är ett tillstånd som blivit allt vanligare, men också på att problematiken tidigare varit tabubelagd (Bohm-Starke et al, 2003). Det finns begränsat med litteratur om vestibulit och det som finns skrivit är i stort sätt uteslutande ur ett

medicinskt perspektiv. Följande två stycken refererar till rapporter gjorda av samma förening men med elva års mellanrum. Rapporternas innehåll visar att vestibulit är en ny diagnos vars diskurs fortfarande är i ständig utveckling och förändring.

I en rapport från Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för psykosocial obstetrik & gynekologi samt sexologi från 1992 om kroniska smärttillstånd inom gynekologin, omnämns inte vulvavestibulit. Däremot behandlas dyspareuni under ett kapitel, ett samlingsbegrepp för samlagssmärta (Allgeier & Allgeier, 2000). Tre orsakssammanhang anges ligga bakom kvinnlig samlagssmärta: organiska, psykologiska och sociala (Ryding & Smith-Knutsson, 1992). Fokus läggs på de psykosociala faktorerna. Allt från bortträngda minnen, ilska eller misstro mot mannen, rädsla för sexuella känslor, rädsla för graviditet, rädsla för åldrande/död till depression och skamkänslor inför sexuell njutning anges ligga bakom samlagssmärter hos kvinnor (ibid). Svampinfektioner i underlivet som idag betonas starkt när det gäller både vestibulit och vaginism nämns inte. Som behandling rekommenderas främst samlevnadsrådgivning, men kortfattat nämns också att behandling av eventuella organiska faktorer bör ske (ibid).

I en nyare rapport från Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för vulva från 2003 om vulvasjukdomar, ägnas ett helt kapitel åt vestibulit och ytterligare ett om psykosomatiska och sociala aspekter på vulvasymptom. Vulvavestibulit beskrivs som ett långdraget smärttillstånd som uppskattningsvis 2-5% av kvinnorna i åldrarna 20-30 år har aktuella besvär av och som diagnostiseras genom rodnader i slidmyningen samt smärta vid beröring (Bohm-Starke et al, 2003). Smärtan ska enligt författarna omöjliggöra ett normalt sexliv, vilket drabbar kvinnornas välbefinnande och försämrar deras parrelation (ibid). Vidare skrivs att det för närvarande inte finns någon enskild orsak som anses förklara vestibuliten, men att återkommande svampinfektioner (vestibuliten anges ofta bryta ut i samband med en svampinfektion), lokalbehandlingar i underlivet, överdriven tvättning, förändrad hormonbalans och psykosociala faktorer misstänks ligga bakom smärttillståndet (ibid). Författarna skriver också att den långdragna sjukdomsbilden troligen beror på att de bakomliggande faktorerna till vestibuliten är av både psykisk och fysisk karaktär (ibid). Om psykosociala faktorer skrivs att det inte finns någon forskning som visar att kvinnor med vestibulit har annan psykosexuell bakgrund än andra före debuten av symptomen, men att kvinnor med vestibulit har en tendens att ha samlag utan att vara sexuellt upphetsade med hänsyn till partners sexuella behov (Sjögren et al, 2003). Det förs ett resonemang om att

kvinnor kan ha blivit smärtbenägna om de blivit utsatta för sexuella närmanden eller incest i sin barndom (ibid). Ett liknande resonemang är att den sexuella friheten som kvinnor nu har tack vare den fria tillgången på preventivmedel leder till prestationsångest och att kvinnor kan vara rädda för att bli stämplade som promiskuösa (ibid). Det nämns också att det är vanligt att kvinnor med vestibulit har andra somatiska symtom, vilket kan tolkas som ett psykosocialt inslag även om det inte går att säga ifall de övriga somatiska besvären kom före eller efter debuten av vestibulit (Bohm-Starke et al, 2003). Som behandling rekommenderas stödjande samtalskontakt, uppehåll med p-piller, samlevnadsrådgivning, sjukgymnastik där musklerna i bäckenbotten tränas, smärtlindrande salva, kognitiv beteendeterapi, akupunktur och operation (ibid).

Det finns ingen eller ytterst begränsad kvalitativforskning gjord på hur vestibuliten påverkar de kvinnor som drabbas. Här följer en presentation av kvantitativforskning som har inriktat sig på psykologiska aspekter av vestibulit.

I två artiklar av samma författare om vulvavestibulit dras slutsatserna att kvinnor med vulvvestibulit i större utsträckning än andra klagar på kroppsliga smärtor, vilket de menar kan tyda på ett psykosomatiskt inslag (Danielsson et al, 2001). Resultaten visade på att kvinnor med vestibulit har ett personlighetsdrag (trait) som tros vara stabil och resulterar i pessimistiska tankar och oro (Danielsson et al, 2000). Linnros och Tööjs (2004) drar liknande slutsatser i sitt examensarbete. Linnros och Tööj (2004) refererar också till en föreläsning på vulvamottagningen på Malmö universitetssjukhus (Granlund i Linnros & Tööj, 2004), där en personlighetsprofil för kvinnor med vestibulit presenterades. Kvinnor med vestibulit ska enligt denna föreläsning vara högpresterande, ha prestationsångest, lida av kronisk stress och bära på mycket skuld känslor. Relationen till föräldrarna beskrivs som komplicerad med lite stöd hemifrån och med bristande separation från ursprungsfamiljen och kvinnorna har svårt att uttrycka känslor samtidigt som de visar upp ett glättigt yttre (ibid). Dessa kvinnor är ofta smala, vältränade och attraktiva (ibid). Nylander Lundqvist och Bergdahl (2003) fann via enkätundersökningar att vulvavestibulitpatienterna och deras partners visade större tecken på depression än kontrollgruppen.

Det färskaste och mest omfattande bidraget till forskningen om vulvavestibulit, skriven både ur ett psykologiskt och medicinskt perspektiv, är en avhandling där sambandet mellan stress och svamp i underlivet samt vulvavestibulit konstateras (Ehrström, 2007). Vidare skrivs att

det är svårt att konstatera hur många som lider av vestibulit, men författaren hänvisar till den tidigare nämnda undersökningen där 13% av kvinnorna i åldern 20-29 uppgav att de lidit av samlagssmärta i mer än sex månader (Wijma et al, 2003). Ehrström (2007) skriver att det idag inte går att säga exakt vad som orsakar vestibulit men att 75% av alla som drabbas av vestibulit har lidit av kroniska svampinfektioner och att vaginism (musklerna drar ihop sig i slidkramp) är vanligt hos vestibulitpatienter. Andra faktorer som misstänks ligga bakom vestibulit är lokalbehandlingar mot svamp i underlivet, psykologiskt trauma och sexuell dysfunktion (Ehrström, 2007).

Tidigare diskursanalyser som berör sexualitet

Om det finns få eller inga kvalitativa undersökningar av kvinnors upplevelser av vestibulit så finns det en uppsjö av diskursanalyser, framförallt Foucaults diskursanalyser, gjorda på sexualitet. Foucault startade trenden med sin trilogi *Sexualitetens historia* (1976-1984). Det är omöjligt att gå igenom all diskursanalys som gjorts på sexualitet inom ramen för en kandidatuppsats, utan denna uppsats kommer endast att skrapa på ytan. Mycket av det som skrivits om sexualitet och som analyseras med Foucaults diskursanalys anlägger ofta ett genusperspektiv, vilket även kommer att göras i denna uppsats.

Foucault (2004) menade att sexualiteten är socialt konstruerad; historien avgör hur vi ser på sex och sexualitet. Sex har under historiens gång slutat ses som en kroppslig handling till att bli något mer; sexualiteten, en del av vår identitet, vilket Foucault menar beror på ändrade maktstrukturer i samhället. Genom att sluta se sex som en kroppslig handling och istället tala om en sexualitet började det under 1900-talet kategoriseras vad som är avvikande sexualitet – t.ex. homosexualitet (Foucault, 2004). Ett annat exempel på en konstruktion som Foucault menar är skapad är det han kallar för hysteriseringen av kvinnokroppen, vilket bilden av den nervösa modern enligt honom är det tydligaste exemplet på. Vi i väst försöker enligt Foucault ge sanna utsagor om könet och sexualiteten, vilket han är kritisk till. Foucault menar vidare att vi förstår vår egen sexualitet genom samhällets diskurs kring sexualitet (Foucault, 2004). Helt i Foucaults anda menar Fautso-Sterling (2000) att vi bör sluta se kroppar som statiska representanter av kön och sexualitet, vi och vår sexualitet förändras hela tiden precis som samhället vi lever i. Ett flexibelt tänkande efterfrågas när det gäller våra kroppar och vår sexualitet angående vad som anses vara avvikande (Fautso-Sterling, 2000). Dean (2000) menar att Foucaults tankar inte är tillräckliga för att återge vad sexualitet är. Vidare skrivs att den diskurs som under de drygt hundra senaste åren varit avgörande för hur vi uppfattar vår

sexualitet är psykoanalysen (Dean, 2000). Samtidigt som Dean (2000) ger Foucault rätt i att sexualiteten till stor del är historiskt konstruerad så menar han att det inte går att bortse från psykiska processer i det undermedvetna.

Även om Fredelius et al (2000) inte har gjort en diskursanalys knyter de ändå språkbruket till sexualitet. Författarna skriver att mannen har tolkningsföreträde på användandet av språket, något som de menar visar sig bl.a. inom det sexuella området. Exempel på detta är att det inom engelskan finns över 200 ord för en ”sexuellt lössläppt” kvinna medan det endast finns runt 20 ord för en ”sexuellt lössläppt” man. Vidare skriver de att det både inom engelskan och svenskan saknas ord för att beskriva en sexuellt aktiv kvinna, medan en man kan vara både potent och viril (Fredelius et al, 2000).

Tidigare diskursanalyser som berör kvinnlig sjukdom

Edwards (1981) menar att från 1800-talet och framåt har diskursen kring kvinnlig sexualitet och gynekologi bidragit till att legitimera kvinnors underordning. Hon menar att diskursen kännetecknas av kvinnors fysiska begränsningar (i jämförelse till männens) samt kvinnors psykologiska instabilitet. Edwards skriver att kvinnors handlingar och uttalande hos gynekologer från 1800-talet och framåt till skillnad från männens ofta bedöms som symptom på psykisk ohälsa istället för symptom på en gynekologisk sjukdom. Hon skriver också att i de fall gynekologiska sjukdomar verkligen konstateras så läggs orsakerna till viss del på kvinnorna själva; sjukdomarna ses som ett resultat av kvinnans sexuella aktiviteter eller i vissa fall på att hon blivit sexuellt utnyttjad (Edwards, 1981). Puranen (1994) är i sin tur kritisk till hur samhället och sjukvården bemöter kvinnlig sjukdom och menar att inom sjukvården är männen norm; diagnoserna är gjorda på män för män och när kvinnor avviker blir de betraktade som sjuka. Vidare skriver hon att den skarpa tudelningen mellan friskt och sjukt drabbar kvinnor i större utsträckning än män då kvinnors symptom ofta är diffusare vilket leder till försämrade behandlingsmöjligheter för kvinnor (Puranen, 1994). Slutligen menar Puranen (1994) att finns en förtroendeklyfta mellan sjukvården och kvinnor, då kvinnors symptom behandlas med relationer och samtal till skillnad från männens symptom som i större utsträckning behandlas av läkemedel.

Syfte

Då det inte (enligt min vetskap) finns kvalitativa undersökningar om hur kvinnor med vestibulit upplever sin situation önskar jag fylla detta tomrum. Syftet med denna uppsats är att, med utgångspunkt i Foucaults diskursanalys, undersöka vilka föreställningar som tre

intervjuade kvinnor upplever att det finns om vestibulit och vilka föreställningar de själva har om sin vestibulit, samt undersöka om dessa föreställningar påverkar kvinnornas identitet och självuppfattning, och i så fall på vilket sätt.

Frågeställning

Följande frågeställningar kommer att behandlas: Vad kännetecknar diskursen som kvinnor med vestibulit har när de talar om sin vestibulit och när de talar om hur de upplever att omvärlden ser på vestibulit? Vad medför diskursernas sätt att vara för kvinnor med vestibulit? Vilka maktstrukturer kan tänkas inverka på diskursen?

Metod

Rekrytering av intervjupersoner

Största problemet för den här uppsatsen har varit att rekrytera intervjupersoner, vilket inte är så konstigt med tanke på den känsliga naturen ämnet har. Ursprungligen söktes endast intervjupersoner som alla för närvarande är patienter inom sjukvården i Lund och i Malmö. Därför utdelades blanketter med information om uppsatsen till olika personer arbetandes på för ämnet aktuella instanser inom sjukvården, för att dessa skulle vidarebefordra blanketterna till sina patienter. Då detta inte visade sig vara speciellt fruktsamt lades efter några veckor en förfrågan om intervjudeltagande till uppsatsen ut på ett stort svenskt forum för vestibulit på Internet. Dessa båda åtgärder resulterade i sammanlagt två positiva intervjuer. Slutligen har även mitt personliga kontaktnät används för att rekrytera en deltagare, vilket jag är medveten om kan vara tvivelaktigt metodiskt. Jag valde dock att genomföra intervjun eftersom jag endast träffat intervjupersonen ett fåtal minuter vid ett tidigare tillfälle för fyra år sedan. Därför anser jag att detta är metodiskt försvarbart då jag inte lyckats rekrytera fler ”oberoende” intervjupersoner. Ett krav har varit att samtliga kvinnor har en diagnos från sjukvården.

Presentation av intervjupersonerna

Samtliga tre intervjupersoner studerar och är bosatta i Malmö. Alla har enligt egen utsaga diagnostiserats och behandlats för vestibulit av sjukvården. Intervjupersonerna har haft mycket problem med svamp i underlivet. En av kvinnorna har blivit våldtagen och en har blivit utsatt för sexuella övergrepp i ett tidigare förhållande. För att underlätta för läsaren men samtidigt skydda intervjupersonernas identiteter kommer intervjupersonerna ges fingerade namn.

Intervjuperson 1 är 31 år gammal och har haft vestibulit i sju år, men är sedan ett par år tillbaka frisk. Hon har haft kontakter med sjukvården både i Lund och i Malmö.

Intervjuperson 1 har främst behandlats med terapi, men har också testat sprutor med antibiotika (för att sjukvården trodde att det var en infektion) och kortisonsalvor.

Intervjuperson 1 får det fingerade namnet Marie. Marie intervjuades i sitt hem den 2 maj klockan 11.

Intervjuperson 2 är 26 år gammal och har haft vestibulit och vaginism i fem år, hon är inte frisk men hon upplever trots allt en viss förbättring. Intervjuperson 2 har behandlats för sin vestibulit och vaginism i både Lund och Malmö. Hon har behandlats med terapi och sjukgymnastik. Intervjuperson 2 får det fingerade namnet Stina. Stina intervjuades i sitt hem den 7 maj klockan 17.

Intervjuperson 3 är 22 år gammal och är nyinflyttad i Malmö och har därför behandlats för sin vestibulit på annan ort. Under de dryga tre år hon har haft vestibulit har hon behandlats med akupunktur och med salvor. Intervjuperson 3 får det fingerade namnet Therese. Till skillnad från de andra intervjupersonerna led Therese även under en period av konstanta smärtor i underlivet - smärtorna var under denna period inte begränsade till samlagssituationen. Therese intervjuades i sitt hem den 11 maj klockan 13.

Intervjuerna

Intervjupersonerna har fått avgöra var intervjuerna ska ske, vilket innebär att samtliga intervjuer gjorts i intervjupersonernas egna hem. Utefter Kvales modell har intervjuerna varit halvstrukturerade, med en intervjuguide. Intervjupersonerna har fått styra dagordningen på intervjuerna (Kvale, 1997). Intervjuerna har tagit mellan 45 – 65 minuter.

Transkribering och analys

Hela intervjuerna med både frågor och svar transkriberas ordagrant. I enlighet med Kvale (1997) ses transkriberingen i analysen som ett avkontextualiserat samtal. Längre pauser och uttryck för tydliga emotioner, mestadels skratt, tas med i transkriberingen. Uttalande som eventuellt skulle kunna röja intervjupersonens identitet kommer redigeras eller tas bort.

Sex steg i Foucaults diskursanalys

Analysen kommer att göras på transkriberingen och som analysverktyg används Foucaults diskursanalys. I diskursanalysen följs de sex steg som Willing (2003) föreslår. Nedan följer en presentation.

Steg 1: I steg 1 avgörs först och främst vilket som är det diskursiva objektet i analysen, d.v.s. det ord/begrepp vars diskurser är relevant för uppsatsen. Ett diskursivt objekt kan ha många olika konstruktioner och kan beskrivas på många olika sätt. Eftersom det som är intressant är hur kvinnor med vestibulit talar om och beskriver sin vestibulit och då blir vestibulit det diskursiva objekt. Därefter påbörjas identifieringen av hur de olika sätt kvinnorna talar om vestibulit, t.ex. ifall de beskriver vestibulit som ett helvete. Det är de språkliga konstruktioner kvinnorna använder sig av för att beskriva vestibulit som undersöks.

Steg 2: När olika sätt som kvinnorna talar om det diskursiva objektet är identifierade kommer fokus ligga på skillnaderna mellan de olika språkliga konstruktionerna. Detta görs genom att koppla dem till andra diskurser, t.ex. till fysiologisk diskurs när kvinnorna pratar om fysiska symptom eller en relationsdiskurs där vestibuliten påverkat deras förhållande. För att finna innebörden i konstruktionerna kommer förutom kopplingar till andra diskurser, också kopplingar till tidigare forskning och teori ske.

Steg 3: Nästa steg är att undersöka varför kvinnorna beskriver det diskursiva objektet vestibulit på olika vis. Frågor som här ska belysas är: Vad får kvinnorna ut av att beskriva vestibulit som främst ett fysiskt problem i ena delen av texten och i en annan del av texten beskriva det som ett psykologiskt problem? Hur ser kontexten i den omgivande texten ut? Hur passar de olika konstruktionerna av vestibulit ihop?

Steg 4: Diskurser skapar subjekt men också objekt. I steg 4 ligger fokus på att försöka reda ut vilka subjekspositioner de olika språkliga konstruktionerna av vestibulit skapar. Om kvinnor med vestibulit beskriver vestibulit som främst orsakat av psykologiska faktorer kan subjekspositionen för en kvinna med vestibulit bli en psykiskt känslig kvinna.

Steg 5: I steg 5 undersöks vilka konsekvenser diskurserna och subjekspositionerna kring vestibulit kan tänkas få i praktiken; hur de olika subjekspositionerna tillåter kvinnorna att handla. Med subjekspositionen ”psykiskt känslig kvinna” kan den praktiska konsekvensen bli

att kvinnor med vestibulit drar sig från att prata med andra om sina problem och drar sig för att söka hjälp för sina problem.

Steg 6: Detta slutgiltiga steg anses vara det mest spekulativa skeendet av Foucaults diskursanalys (Willing, 2003). Eftersom det logiskt sätt aldrig går att veta vad de olika subjektspositioner bidrar till att intervjudeltagaren faktiskt känner, tänker och upplever, kommer endast en spekulering göras. Om kvinnor med vestibulit inom en viss diskurs ger sig subjektspositionen "en ofullständig kvinna" så är tänkbara känslor skam och självförakt.

Resultat

Det diskursiva objektet, steg 1, 2 och 3

Det diskursiva objektet i uppsatsen är vestibulit. I analysen nedan presenteras på vilka olika sätt intervjupersonerna beskrev det diskursiva objektet och vilka olika konstruktioner de beskriver att de upplever att det finns av vestibulit i samhället. Varje underrubrik representerar olika konstruktioner av det diskursiva objektet. Varje konstruktion av det diskursiva objektet går igenom var för sig och kopplas sedan till olika diskurser, i relevanta fall också till forskningsläget. Därefter presenteras tänkbara orsaker till varför det diskursiva objektet beskrivs på olika sätt i intervjuerna och hur de olika konstruktionerna passar ihop. Slutligen jämförs skillnader och likheter i konstruktionerna av vestibulit. Språkliga konstruktioner som presenteras av vestibulit ska i enlighet med Foucault inte ses som representationer av en objektiv sanning utan som uttryck för hur kvinnorna i intervjuerna upplever och beskriver sin livssituation.

Vestibulit – något en viss typ av kvinnor får

Samtliga tre intervjupersoner beskriver vid de olika intervjutillfällena flera homogena bilder av hur de upplever att sjukvård och samhälle ser på vestibulit och hur kvinnor med vestibulit bör vara. En av dessa konstruktioner är att det är kvinnor med en viss personlighetsprofil som drabbas: Kvinnor med vestibulit ska enligt denna föreställning vara ambitiösa, ha höga krav på sig själva, vara stressade, känsliga och normalviktiga. I denna konstruktion av vestibulit tar den psykologiska diskursen mycket utrymme. Här följer tre utdrag från intervjuerna som visar just på konstruktionen att det är kvinnor med en viss personlighetstyp som drabbas.

Intervjuperson (IP): Ja, det är ju det här att man är normalviktig och vara ambitiös och typ ha höga krav på sig själv, har man ju fått höra. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007)

IP: Den bild som jag möter från samhället, det är den bild med högpresterande stressade ambitiösa, nerviga och i många fall deprimerade som jag även möttes av inom den reguljära sjukvården. Det är den sammansatta bilden av stress, höga krav och känsligt psyke; hysterikan. Det är ingen positiv bild tycker jag. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

IP: Å nää jag vet inte, men jag har känt att det är kränkande att dom inom sjukvården har en bild av hur en vestibulitkvinna ska vara. Dom ska vara så här högpresterande, stressade och nervösa av sig... och så säger dom att som ska vara så här vältränade och smala. Vilket jag absolut inte är! (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Den konstruktion som kvinnorna här beskriver att de upplever av vestibulit påminner om den personlighetsprofil som Linnros och Tööj refererar till (Granolund personal communication i Linnros & Tööj, 2004). Även om vestibulit är en vulvasjukdom tar den psykologiska diskursen medvetet eller omedvetet mycket utrymme i kvinnornas samtal kring sin vestibulit. När Marie talar om hysterikan gör hon troligen medvetet kopplingar till genusediskurser och forskning om föreställningarna av kvinnors "känsliga psyke", forskning av bland annat Hirdman (2003). Samtidigt som Marie tar avstånd från föreställningen om hysterikan menar hon också att det stämmer att hon har höga krav på sig själv.

IP: Höga krav och hela den biten stämde rätt så bra. Men sen är det det är ju många som har som här höga kraven och som inte blir sjuka. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

Medan Stina och Marie tar avstånd från att det finns "personlighetsprofil" för kvinnor med vestibulit, d.v.s. att vestibulit anses tillhöra den psykiatriska diskursen istället för den gynekologiska, menar Therese att hon tror att det ligger något i personlighetsprofilen. Samtidigt betonar Therese också att hon tror att profilen skulle passa in på väldigt många av Sveriges kvinnor, men att stressen och kraven som Therese menar att många kvinnor bär på kanske ger sig i uttryck på olika sätt för olika kvinnor. Genom följande citat kopplar Therese ihop föreställningen om att kvinnor med vestibulit har höga krav på sig själva med vad som kan kallas för "framgångsdiskursen". Citatet av Therese skulle kunna vara ett uttryck för en

stressad livssituation med höga krav. Ehrström (2007) finner i sin avhandling ett signifikant samband mellan stress och vestibulit.

Intervjuare (I): Kan du identifiera dig med den här bilden du beskriver?

IP: Ja till viss del, eller till stor del egentligen, det är klart jag tror att de flesta tjejerna nog kan identifiera sig med den bilden. Man har höga krav på sig själv idag. Man ska se sig och så ut och man ska vara duktig och man ska ha ett bra jobb och man ska kunna tjäna pengar och klara av familj, man ska ha en pojkvän och alltihopa. Det är få som inte har den bilden, men sen kanske det uttrycker sig på olika sätt för olika människor.

I: Mmm.

IP: För jag har aldrig haft problem med ätstörningar överhuvudtaget, men det är väl 90% av mina kompisar som har haft anorexia. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007)

Stina å andra sidan identifierar sig inte alls med personlighetsprofilen som hon beskriver finns inom sjukvården, utan beskriver i följande citat att det är kränkande att den överhuvudtaget finns.

IP: Å nää jag vet inte, men jag har känt att det är kränkande att dom inom sjukvården har en bild av hur en vestibulit kvinna ska vara. Dom ska vara så här högpresterande, stressade och nervösa av sig... och så säger dom att som ska vara så här vältränade och smala. Vilket jag absolut inte är! Visst ibland är jag ju så klart stressad men det är ju alla. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Vestibulit – känsligt psyke

När Marie i kommande citat talar om hur hon upplever att diskursen för kvinnor med vestibulit ser ut inom sjukvården och i samhället, kommer fokus igen på vestibuliten ur ett psykologiskt perspektiv. Marie lyfter gång på gång kritiskt fram bilden av det som hon kallar den hysteriska kvinnan:

IP: Dom ville gärna och mycket skicka mig till terapi. Ge mig antidepressiva. Dom har en bild att vestibulitkvinnor vanligen är så här känsliga. Känsliga för stress å har höga krav på sig själva. Dom måste lugna ner sig och så...

I: Mmm.

IP: Då blir jag så himla arg! För då är det återigen så att kvinnor med vestibulit slungas in det här facket som neurotiska hysterikor som är deprimerade och som utvecklar det här själva då.

I: Mmm.

IP: Jamen säg det till en man som har potens problem! Det händer ju inte!

I: Mmm.

IP: Jag vill att man ska se det här som en kroppslig sjukdom inte endast något som sitter mellan öronen. Det är ungefär som att sätta en man med impotens problem i terapi istället för att ge honom Prozac eller vad heter det? Så.. Viagra.

(skratt)

I: Viagra ja (skratt).

IP: Terapi ska ses som ett komplement. Och det upplever jag att det inte görs.

Det ses som hela...

I: Behandlingen?

IP: Ja, behandlingen. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

Även en genuskurs berörs när Marie jämför behandlingen av vestibulit med behandlingen av impotens, där hon upprörs över att vestibulit behandlas med terapi och manlig impotens med piller, något som bekräftas av det Puranen (1994) skriver. Lite senare under intervjun berättar Marie att hon irriterades över föreställningen att kvinnor med vestibulit blivit sexuellt utnyttjade som barn. En föreställning som möjligen går att spåra till resonemanget av Sjögren et al (2003) där de skriver att smärtbenägenhet kan vara kopplat till sexuella övergrepp i barndomen.

IP: Jag kommer ihåg när jag blev väldigt irriterad när de propsade på att jag blivit sexuellt utnyttjad som barn. Och inte ens... De tog för givet att det var så, propsade på att det var så. Jag blev så jävla förbannad!

I: Mmm.

IP: Att det måste vara så, bara för att man har vestibulit så har man blivit utnyttjad. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

Vestibulit kopplas på detta sätt åter till en psykologisk diskurs även om det inte beror på kvinnans känsliga psyke då vestibuliten ses som ett resultat av ett sexuellt övergrepp och inte av kvinnornas känsliga psyke. Två av intervjupersonerna uppger att de blivit utsatta för sexuella övergrepp vilket bidrar till kopplingen till övergreppsdiskursen. Samtidigt så visar en del forskning på att den sexuella bakgrunden för kvinnor med vestibulit inte skiljer sig från genomsnittskvinnan (Sjögren et al, 2003), medan annan forskning menar att trauman eller sexuell dysfunktion kan vara en bidragande faktor (Ehrström, 2007). Samma kopplingar till en övergreppsdiskurs och en psykologisk diskurs sker i intervjun med Stina. Samtidigt som Stina upplever att det är vanligt att sjukvården tror att vestibulitpatienter har någon form av sexuellt trauma bakom sig så ger hon också exempel på det motsatta.

IP: Fast nästan alla betonar ju att både de sexuella övergreppen och svampen troligen spelat in. Man märker att många nästan automatiskt misstänker att man har dåliga sexuella erfarenhet i bagaget. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

IP: Det som jag nu upplever värst med den här sexologen var väl att hon... Min före detta pojkvän utsatte mig väl för sexuella övergrepp får man väl på sätt och vis säga. Å när jag pratade med den sexologen sa hon bara: -Ja, ja hur gammal sa du att ni var? Han var typ 20 då, och då sa hon att man inte riktigt vet vad man gör, man vet inte riktigt hur sex ska vara och sånt. Hmm, det var faktiskt hemskt för det var första gången jag så här började öppna mig och prata om vad som hänt och då kommer hon bara och så här trycker till mig så jag sluter mig igen och började fundera på om det bara vara var jag som varit överkänslig. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007).

Stina förmedlar i citatet nedantill att det händer att hon upplever att sjukvården ser henne som neurotisk, något hon tycker är jobbigt eftersom hon själv beskriver sig som en lugn och stabil person. Stina blottar också en rädsla att det ska finnas ett korn av sanning i den föreställningen hon upplever som finns inom sjukvården, vilket till stor del tycks grunda sig på bemötandet hon upplever sig få när hon söker hjälp för svampinfektioner och inte alla gånger visar sig ha det. Att kvinnorna upplever att sjukvårdens konstruktion av hur de som kvinnor med vestibulit bör vara, förefaller upprepade gånger under intervjuerna krocka med hur kvinnorna själva upplever sig, vilket bl.a. följande citat med Stina visar på. I citatet berättar Stina om att det endast är varannan gång hon söker hjälp för svamp som hon verkligen konstateras ha svamp och att hon ibland upplever att sjukvården ser henne som hypokondrisk. I forskningsläget angavs det att kvinnor med vestibulit klagar på kroppsliga smärtor och stimuli i större utsträckning än andra, vilket enligt forskarna tyder på ett psykosomatiskt inslag (Danielsson, et al, 2001).

I: Det är klart att det påverkar en att ha återkommande svampinfektioner också. Dels är det ju inte så hett och sen är det ju också jobbigt att inte riktigt veta om det är en svampinfektion eller om det bara är jag som inbillar mig att det kliar och gör ont i mitt underliv så att jag håller på att bli tokig. Eller om det faktisk är något annat fysiskt och det inte är något som min hjärna hittar på, men att det är något som sjukvården inte hittar. För även om jag har svamp typ hela tiden så är det kanske bara varannan gång jag är hos doktorn och dom hittar det. Jag brukar inte vara hypokondrisk av mig, men att behöva åka till sjukvården och oroa sig

för att man ska bli bemött som att man är ett ”nutcase” för att man tror sig ha svamp men sen inte har det, är jobbigt. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007).

Therese sa i följande citat att hon aldrig upplevde att sjukvården skulle ha betraktat hennes vestibulit som något psykiskt utan hon berättade att sjukvården bara bemött henne som att vestibuliten berodde på fysiska orsaker.

I: Men då har du aldrig bemötts med terapi eller något liknande?

IP: Icke... Å det är ju lite konstigt för att det är ju jättemånga som får samtalsterapi eller gruppterapi. Men nää..det har jag aldrig blivit erbjuden.

I: Upplever du att sjukvården mest ser vestibulit som ett fysiskt eller psykiskt problem?

IP: Enbart fysiskt. Jaa...faktiskt i mitt fall har det varit så. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007)

Däremot ger Therese exempel på när hon upplever att hennes pojkvänner tagit vestibuliten på allvar och när de till viss del avfärdat det som gnällighet eller känslighet.

IP: Min första pojkvän, eftersom han alltid har varit med hela tiden, så förstår han verkligen. Han är jätteinsatt i det och bryr sig jättemycket fortfarande. Medan den andre, äää, det är svårt om man inte varit med från början också. Om jag sa att det gjorde ont så var han: - Ja, ja lilla gumman det gör ont om man slår någon på fingrarna också. Jag har ganska hög smärtröskel annars. Men det gör såå ont och det går liksom inte riktigt in. Dom kan aldrig riktigt förstå eller sätta sig in i det. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007).

Vestibulit – något som kvinnorna orsakar själva

I nedanstående citat ger Marie uttryck för att hon upplevt att sjukvården inte ser vestibulit som en sjukdom, utan att det snarare är något som kvinnorna skapar själva; vestibuliten är kvinnornas egna fel då det är ett resultat av deras eget psyke, en koppling hon upprepar flera gånger under intervjun. Med detta resonemang kommer vi återigen in på både genusdiskurser och psykologiska diskurser, då kvinnan ses som någon som främst styrs av känslor.(Hirdman, 2003) och hur kvinnors gynekologiska besvär i sin tur avfärdas som något psykiskt (Edwards, 1981).

IP: Å det här att de hela tiden propsade på att det satt i mitt huvud: Att det satt mellan öronen på mig: Hysteriska kvinna och hela den biten. - Det är egentligen ditt eget fel. Det är ingen sjukdom, det är en åkomma som vi skapar själva

genom att vara hysteriska nerviga kvinnor. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

Även om Stina inte själv gör samma koppling som Marie så framkommer det i hennes berättelse nedan att hon upplevt ett par gånger från sjukvårdens håll att hennes vestibulit skulle bero på att hon inte skulle vara sexuellt attraherad av sin pojkvän, vilket gör vestibuliten till något som orsakats av hennes val att vara tillsammans med sin pojkvän.

IP: Å sen när vi väl efter många om och men skulle ha samtal propsade hon på att det berodde på att jag inte var kär eller sexuellt attraherad av min nuvarande pojkvän. Å, jag bara: - Jo, det är jag annars hade jag inte varit kär i honom så här länge. Fast då när jag först fick hjälp hade jag ju inte varit tillsammans med honom så länge i och för sig, men ändå.

I: Mmm.

IP: Äää, men jag vet inte, att hon trodde inte på mig, upplevde jag som väldigt kränkande och sårande. Å, det att jag inte är sexuellt attraherad av min pojkvän och så där har jag faktiskt mött på fler ställen, av hon den bra sexologen jag gick hos också. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Therese berättar här om när hennes sexuella handlande kopplas till vestibuliten:

IP: Och det är också så att jag och min pojkvän som jag först hade när jag fick vestibulit vi hade mycket sex och verkligen ett jättebra sexliv. För det är många som säger så: - Men du var väl inte tillräckligt upphetsad och våt. Du kan ju inte ha sex om du inte vill ha sex, då blir det så här. Men jag skulle inte ha sex om jag inte ville ha sex!

I: Mmm.

IP: Det förstår jag ju själv, jag var så pass gammal och vi hade ett så pass bra förhållande så hade jag inte velat ha sex, så hade jag aldrig haft det. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007)

Både Stina och Therese beskriver situationer där de varit i kontakt med sjukvården och där de mötts med föreställningen att vestibuliten på något vis går att härröra till de själva, via brist på lust eller attraktion i samlagssituationen. Det är lätt att dra paralleller mellan Stinas och Thereses berättelser och rapporterna av Ryding & Smith-Knutsson (1992) samt Sjögren et al (2003) där bland annat skamkänslor inför sexuell njutning, rädsla för sex samt misstro mot mannen beskrivs kunna ligga bakom samlagssmärtor respektive att kvinnor med vestibulit i

större utsträckning än vanliga kvinnor ska ha sex endast för deras partners skull trots att de inte själva känner någon lust. Intervjuerna med kvinnorna visar att deras egna konstruktioner av vilka de är i vissa fall krockar med de konstruktioner som de upplever att sjukvården har om vilka de ska vara.

Vestibulit – något orsakat av svampinfektioner

Som motvikt till att vestibuliten är ett resultat av kvinnors psyke är samtliga intervjupersoner eniga om att vestibuliten troligen orsakas av bl.a. svampinfektioner i underlivet, en konstruktion som de uppgav att de upplever att sjukvården delade. Alla tre kvinnorna i intervjuerna har eller har haft problem med återkommande svampinfektioner. I alla intervjuerna så var svampproblematiken en av de första sakerna som kom upp under intervjun, vilket följande tre citat visar på.

I: Vad gjorde du när du började upptäcka det (vestibuliten, egen anmärkning) första gången?

IP: Alltså, som i så många av dom här fallen började det med en svampinfektion och därefter började det göra ont och jag förstod inte varför. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

I: Och när fick du det (vestibuliten, egen anmärkning)?

IP: Jag hade pojkvän då och så trodde jag att jag fått svamp, för det kändes inte riktigt bra. Så vi kom fram till att vi inte skulle ha sex på ett tag, vi bara lät det vila. Så provade vi ha sex igen och så blev det liksom inte bättre. Då gick jag till läkaren, och dom bara: – Jo, du har svamp. Och jag bara bra!: - Hit med ett piller så blir jag bra. Jag hade aldrig haft svamp förut, men efteråt har jag haft jättemycket svamp. Men, så blev det ändå inte bra och så försvann det inte.

I: Mmm.

IP: Alla säger ju att det börjar med att man har mycket svamp. Men det var första gången för mig då jag fick det. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007)

I: Vad gjorde du då när du först upptäckte det (vestibuliten, egen anmärkning)?

IP: Då kontaktade jag ungdomsmottagningen så gick jag dit och då sa dom att dom trodde att det var svamp och då fick jag sån svampmedicin, sån som man tar i munnen. Dom tittade inte ens på mig. Men det hjälpe ju inte. Så då ringde jag till kvinnokliniken men då var det så lång väntetid att jag gick till någon privat läkare som tittade på mig istället och som sa att jag hade svamp och att det inte var konstigt att jag hade ont. Men sen när det inte slutade göra ont efter att svampen var läkt så sa hon bara att: - Ja, det är bara att beklaga men det finns

inget att göra åt detta problem som allt fler unga tjejer verkar drabbas av. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Genom att se vestibulit som en orsak av svamp så tillhör vestibulit den fysiologiska diskursen och den gynekologiska diskursen, då den inte är orsakad av kvinnornas psyke. Tidigare forskning menar att svamp i underlivet är en av de främst bidragande orsakerna till utvecklandet av vestibulit (Bohm-Starke et al, 2003; Ehrström, 2007).

Vestibulit – något orsakat av lokalbehandlingar

Marie och Stina berättar också i följande citat om hur de tror att deras lokalbehandlingar av svamp i underlivet kanske kan ha inverkat på vestibuliten i någon mening, en åsikt som Stina menar delas av läkare hon mött.

IP: Sen nu när vi sitter och pratar om det så kan jag tänka mig att vi behandlar svamp på ett annat sätt idag, och att på samma sätt som antibiotika så blir svampen resistent för att vi behandla minsta lilla svamp, då går till apoteket och köper receptfritt och det vet du ju hur bra dom grejerna är för underlivet, så man behandlar sönder underlivet. Ta i trä jag har faktiskt inte haft svamp på jättelänge sedan jag slutade med lokalbehandling. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

IP: Fast det är klart, typ det första läkarna gjorde när dom kom fram till att jag har vestibulit och vaginism var att förbjuda lokalbehandling. Mmm...nu i efterhand har jag insett att jag behandlade min svamp precis så som man inte ska...jag vet inte om det kan ha påverkat på något sätt...(Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Ehrström (2007) skriver att lokalbehandlingar misstänks vara en bakomliggande faktor som inverkar på vestibuliten. Precis som när vestibulit ses som orsakat av svampinfektioner så tillhör lokalbehandlingar en gynekologisk och fysiologisk diskurs, men också en form av ”behandlingsdiskurs”.

Vestibulit – ett osynligt problem, något man inte talar om

Samtidigt som Marie, Stina och Therese förmedlar att de upplever att det finns en tydlig föreställning om hur kvinnor med vestibulit ska vara, så förmedlar de en bild av att vestibulit är ett osynligt problem. Vestibulit existerar enligt deras uppfattning i stort sätt inte i diskurser utanför den medicinska diskursen, och på så vis upplever kvinnorna att vestibuliten är osynlig. Följande citat av Stina och Marie visar på detta.

I: Hur upplever du att kunskapen i samhället ser ut? Hur ser man på vestibulit?

IP: För det första måste jag säga att jag upplever att det överhuvudtaget knappt existerar någon kunskap alls i samhället. Jag visste inte vad vestibulit och vaginism var när jag fick det, jag tvivlar nästan på att mina första läkare visste det heller. Å, det är otroligt sällan, nu läser jag i och för sig inte tjej- eller killtidningar också för den delen, men de gånger jag bläddrar i de så nämner ju de aldrig vestibulit. Å, likadant i kvällstidningars sexspalter har jag aldrig heller läst om att de tagit upp vestibulit eller vaginism faktisk. Å nä, jag upplever nog att det inte finns någon direkt bild av det. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Therese förmedlar känslan av att vestibulit är förhållandevis osynlig då hon beskriver hur killar i allmänhet inte känner till vad vestibulit är, samtidigt så hon menar att tjejkompisarna till viss del har koll på vestibulit via tjejtidningar. Therese uttrycker också att hon från början kände sig ensam i sin problematik, men att hon via Internet har förstått att problematiken är relativt vanlig.

I: Hur tycker du att kunskapen i samhället ser ut?

IP: Värdelös. Alltså dom flesta tjejkompisar har väl läst om det i någon tjejtidning någon gång. Men med de flesta killar har det väl varit så: - Va?

Ursäkta vad sa du att det hette? Vad innebär det? Kan du smitta mig? (Skratt)

IP: Å, jag bara nej, det kan jag inte. I och för sig en kille visste vad det var. Han hade haft någon tjejkompis som hade haft det. Fast det var ju liksom inte.. det enda var att han liksom; - Ja det var tråkigt, hon hade väl ont. Ändå var han ganska oinsatt och ointresserad, å inte heller att han kan relatera till att bry sig så mycket heller. Men däremot tjejkompisarna har alltid haft lite koll, dom väl läst på lite extra på grund av att jag har det.

IP: Jag har alltid själv varit sån att jag har velat veta allt allt allt.

IP: Jag har varit jättemycket på Internet och kollat och på engelska sidor och hela baletten. Och verkligen prova alla krämer man kan. Verkligen varit extrem. Men det blir ju ingen större skillnad. Men det är ju skönt att veta att man inte är ensam. För det var väl det man kände i början. Varför just jag? Men att det ändå är så pass vanligt. I och för sig hade det varit bättre om det bara varit jag, så folk slapp det. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007)

Både Therese och Marie anger att vestibuliten är något man helst inte talar om eftersom det är tabubelagt. På detta vis kopplas vestibulit till en socialdiskurs, där vestibulit anses vara tabu.

Marie anger nedan att tabun härrör ur kravet att kunna ha sex – att det sitter i kvinnligheten. Therese anger att vestibulit är en sjukdom som man inte vill prata om eftersom den är kopplad till sex och till psyket, två slutna diskurser.

I: Jag har haft problem med att hitta någon som vill ställa upp på intervju om detta.

IP: Det är ju så pass tabubelagt, så det kan jag förstå. Att det är svårt att hitta folk att ställa upp. Det är ingenting man vill ut och basunera ut så. Det sitter liksom så mycket i kvinnligheten att man ska kunna ha sex utan problem. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

IP: Det är en sån sjukdom som man inte vill prata om med vem som helst.

I: Varför inte då?

IP: Man pratar inte om sex med vem som helst heller.

I: Mmm.

IP: Men det är många sjukdomar som man inte berättar att man har. Om man har anorexi eller någon psykiskt sjukdom. Har man brutit foten då ser alla det. Men när det sitter i huvudet är man ju lite knäpp och det går ju inte för sig. Så skäms man över det. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007).

Vestibulit – ett helvete

Alla tre kvinnorna beskriver på olika sätt i citaten nedan hur vestibuliten inverkat negativt på deras liv, framför allt i den sexuella situationen. Stina berättar att enda gången hon kan känna hat mot sig själv är när hon inte lyckas ha sex med sin pojkvän och Marie beskriver hur hon upplevde att vestibuliten gjorde henne till någon hon egentligen inte är, samt vilka känslor det medförde för henne att inte kunna ha sex. Vestibuliten kopplas då till en psykologisk diskurs. Marie och Stina beskriver i citaten nedan oförmågan att leva upp till förväntningarna inom den sexuella diskursen som medför negativa känslor:

IP: Åå det är klart jag fast jag tycker om mig själv på alla sätt och vis, kan tycka att det känns jobbigt. Ända gången jag någonsin kan känna hat mot mig själv är när vi försökt ha sex och det inte går å då blir jag ledsen och arg på mig själv. Och det är likadant då jag känner att en ny sån här riktigt jobbig svampinfektion är på väg då kan jag också deppa ihop lite.

I: Mmm.

IP: Å sen är det ju så att det är klart att en rädsla i mig ibland kan komma upp, eller att jag kan känna mig otillräcklig och ledsen för att jag inte kan ge min pojkvän det andra kvinnor kan ge, men sen samtidigt blir jag arg för det ska inte handla om det. Å jag litar på honom, jag vet att han älskar

mig som jag är med eller utan sex. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Lite senare i intervjun säger Stina:

I: Känner du att vestibuliten har påverkat din livskvalitet?

IP: Ja, det vill jag säga att den har. Absolut. Dels att aldrig kunna känna sig riktigt friskt, aldrig riktigt normal liksom. Alltid ha den här lite mörkare, hemliga sidan av än själv som inte fungerar medan dom sidorna av en fungerar. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Marie säger:

IP: Det hjälps ju inte av att varenda tjejtidning man slår upp, så möts man av rubriker som: Så får du bästa sexet! Och så vet man att man inte kan göra någonting i sin situation.

I: Skulle du säga att vestibuliten påverkat din livskvalitet?

IP: Gud ja! Absolut!

I: På vilket sätt?

IP: Det förvandlade mig till någonting som jag egentligen inte är som person, någon som jag började bli rädd att jag var. Gud är jag sådan här? Men nu inser jag att jag inte alls är sådan. Jag är helt normal. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

Lite senare under intervjun säger Marie:

IP: Alla gånger vi försökte ha sex och det inte fungerade blev jag ju ledsen och grät, till slut ville ingen av oss ens försöka för att jag blev så upprörd.” (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

Det går att koppla vestibuliten till en relationsdiskurs när Marie och Stina kopplar talar om hur vestibuliten inverkar på deras relationer. Stina talar om att känna sig otillräcklig i relationen. Marie kopplar vestibulit till hur hon upplever att den sexuella diskursen i samhället ser ut när hon talar om hur tidningarna har rubriker om hur man får bästa sexet, samtidigt som hon inte kan ha sex alls.

Therese berättar om den förtvivlan som vestibuliten medförde för henne och hur smärta som påverkade hela hennes livssituation. Hon inleder citatet med att koppla smärtan till en

relationsdiskurs, och berättar att hon i början kunde ligga och gråta tillsammans med hennes dåvarande pojkvän.

IP: Med den första pojkvännen kunde jag verkligen ligga och gråta i panik, kan det inte bli bra, måste det vara så här? Å hade någon i sjukvården sagt till mig då när jag fick det att du kommer ha det här i tre och ett halvt år framåt, då hade jag hoppat från en bro eller nått för att det var så hemskt då. Men man tar sig igenom allt, det finns ju alltid positiva saker i livet som man kan fokusera på.

I: Mmm.

IP: För när jag hade som ondast, då kunde jag inte sitta, jag levde i mjukisbyxor, låg ner när jag skulle kolla på tv. Det gick liksom inte ens gå på toaletten för att det gjorde så ont. Jag försökte låta bli att dricka någonting för att det gjorde så ont när jag gick på toaletten. Nää, då hade jag verkligen ont hela tiden. Nu har jag bara ont hela tiden innan jag har mens och lite under. Å sen har jag ont dagen efter sex.

I: Mmm.

IP: Nu känns det som att det kommer ta slut. När det var som värst var det ett helvete. Det kändes som det aldrig skulle gå över. Varför orkar jag ens kliva upp? Jag har aldrig varit deprimerad eller så men det var ändå hopplöst, och varför just jag? Men nu känns det väl som att det kommer gå bort förr eller senare och man låter det inte ta över ens liv. Utan man försöker ju skjuta undan det lite grann och inte tänka så mycket på det. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007).

Skillnader och likheter i konstruktionen av det diskursiva objektet

Den tydligaste skillnaden i konstruktionen av det diskursiva objektet vestibulit är i de fall där antingen fysiska bakomliggande faktorer betonas eller där psykiska bakomliggande faktorer betonas. Både föreställningen av psykiskt och fysiskt bakomliggande faktorer berättar kvinnorna finns inom sjukvården, de själva sympatiserar i vissa fall med föreställningarna i varierande grad. Oavsätt om det diskursiva objektet är ”vestibulit något en viss typ av kvinnor får”, eller vestibulit anses beror på ”känsligt psyke” så blir konsekvensen att kvinnorna själva bidrar till sina smärttillstånd via sitt psyke. Kopplingarna till den psykologiska diskursen betonas av alla tre kvinnorna även om Stina och Marie till stor del är kritiska till denna koppling. Att vestibulit kopplas till den psykologiska diskursen gör också att vestibulit påverkar den sociala diskursen genom att sjukdomen beskrivs som något tabubelagt, som Therese uttrycker det på följande vis.

IP: Men när det sitter i huvudet är man ju lite knäpp och det går ju inte för sig.
Så skäms man över det. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007).

När kvinnorna beskriver vestibulit som något som orsakats av deras återkommande svampinfektioner eller när de talar om lokalbehandlingar beskrivs vestibulit utifrån en gynekologisk och fysiologisk diskurs samt en behandlingsdiskurs.

När kvinnorna talar om deras privata upplevelser av vestibulit växer också privata konstruktioner av vestibuliten fram, där vestibulit ses som ett helvete och som ett osynligt problem som de helst inte talar öppet om. När kvinnorna talar om vestibulit som ett helvete som bl.a. inverkar på deras förhållande och som har bidragit till att försämra deras livskvalitet kommer en relationsdiskurs in som har inslag av en sexuell diskurs in. Detta exemplifieras av Stina när hon uttrycker en känsla av att inte räkna till i sitt förhållande och när hon inte lyckas ha sex med sin pojkvän. Stina och Therese kommer också in på relationsdiskursen när de talar om vad de upplevt att sjukvården anser ligga bakom vestibuliten. Therese uppger att hon och pojkvännen hon hade när hon först drabbas av vestibulit hade ett jättebra sexliv, något hon upplevde möttes med misstro från sjukvården. Det är delvis svårt att skilja mellan den sexuella och relationsdiskursen när kvinnorna pratar om vestibuliten i relation till deras förhållanden. Det är lättare att skilja mellan dessa båda diskurser när kvinnorna talar om hur de upplever att samhället ser på sexualitet, som när Marie säger:

IP: Det är ingenting man vill ut och basunera ut så. Det sitter liksom så mycket i kvinnligheten att man ska kunna ha sex utan problem. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

Konstruktionen av att vestibulit är ett osynligt problem utanför sjukvården och något kvinnorna inte talat öppet om, bidrar till en föreställning om en icke-existerande eller åtminstone bristfällig diskurs råder utanför sjukhusens väggar. När kvinnorna talar om vestibulit som något man inte vill "basunera ut" kopplas vestibulit också till en socialdiskurs, där vestibulit är något som till viss del hemlighålls.

Sammanfattning av steg 1, 2 och 3

Jag tolkar kvinnornas beskrivningar av sin vestibulit som att det finns flera olika konstruktioner av det diskursiva objektets vestibulit. Tre av konstruktionerna kännetecknas av att de är kopplade till kvinnornas psyke. Den ena föreställningen som finns om kvinnor med vestibulit är att de är känsliga för stress och har höga krav på sig själva. Den andra

föreställningen är nära kopplad till den föregående då kvinnor med vestibulit har ett känsligt psyke. Den tredje konstruktionen gäller att kvinnorna genom sin känslighet bidrar till att vestibuliten uppkommer. Som motvikt till att vestibuliten orsakas av kvinnornas känsliga psyke finns konstruktionen att vestibulit orsakas av svampinfektioner i underlivet och/eller lokalbehandlingar av svamp. Kvinnorna beskriver i mellan åt vestibulit som ett privat helvete. Slutligen blir vestibuliten också ett osynligt problem, då kvinnorna beskriver hur de upplever att diskursen kring vestibulit är obefintlig utanför sjukvården.

Subjekspositioner, steg 4, 5 och 6

Nedan lämnas förslag till vilka subjekspositioner de olika konstruktionerna av det diskursiva objektet vestibulit ger kvinnorna. Varje subjeksposition representeras av en egen rubrik.

Tänkbara konsekvenser som diskurserna och subjekspositionerna kan medföra i praktiken för kvinnorna kommer behandlas. Även en spekulering i vad de olika subjekspositionerna kan medföra för känslor och tankar hos intervjupersonerna kommer att lämnas.

Den känsliga kvinnan som själv orsakar sin vestibulit

De tre kvinnorna i intervjuerna beskriver föreställningar om att vestibulit är något som drabbar en viss typ av kvinnor med speciella personlighetsdrag. Stina och Marie menar också att vestibulit anses vara något som drabbar känsliga kvinnor. Alla tre beskriver också olika situationer när de upplevt att de setts som känsliga eller neurotiska. Genom att göra vestibulit till en konstruktion som kvinnor med en viss typ av psykologisk problematik drabbas av får kvinnorna också indirekt skulden för sin sjukdom, något som följande citat visar:

IP: Å sen när vi väl efter många om och men skulle ha samtal propsade hon (sexologen, egen anmärkning) på att det (vestibuliten och vaginismen) berodde på att jag inte var kär eller sexuellt attraherad av min nuvarande pojkvän. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Kvinnor med vestibulit får då inte bara subjekspositionen känslig kvinna utan också subjekspositionen orsak till sin egen vestibulit. Historiskt har kvinnor tenderat att ses som känsliga, eller till och med hysteriska, menar bland annat Hirdman (2003) och Edwards (1981). Edwards (1981) och Puranen (1994) lyfter båda fram att det påverkar kvinnornas möjlighet att få samma behandling inom sjukvården som männen (på gott och ont), då kvinnors symptom möts med terapi snarare än läkemedel, något Marie uttrycker frustration gällande att hennes vestibulit främst behandlats med terapi:

IP: Det är ungefär som att sätta en man med impotensproblem i terapi istället för att ge honom Prozac eller vad heter det? Så... Viagra. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007).

Marie och Stina avfärdar bestämt den språkliga konstruktionen av att vestibuliten skulle härröra från en viss personlighet eller ett känsligt psyke. De tar också avstånd från att de själva skulle ha ett känsligt psyke. Trots det så uttrycker de i följande två citat en rädsla över att det faktiskt skulle vara så.

IP: Dels är det ju inte så hett och sen är det ju också jobbigt att inte riktigt veta om det är en svampinfektion eller om det bara är jag som inbillar mig att det kliar och gör ont i mitt underlivs så att jag håller på att bli tokig. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

IP: Det förvandlade mig till någonting som jag egentligen inte är som person, någon som jag började bli rädd att jag var. Gud är jag sådan här?"(Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

Om vestibulit ses som något som tillhör den psykologiska diskursen finns det en möjlighet att man som Therese uttrycker "skäms" över vestibuliten då det anses sitta i huvudet. Vestibulit blir då ett socialt problem som Therese beskriver sig vara ovillig att tala om. Om kvinnorna känner skam för sin vestibulit blir kanske en praktiskt konsekvens att de drar sig för att prata om sina problem med omgivningen.

IP: Men det är många sjukdomar som man inte berättar att man har. Om man har anorexi eller någon psykiskt sjukdom. Har man brutit foten då ser alla det. Men när det sitter i huvudet är man ju lite knäpp och det går ju inte för sig. Så skäms man över det. (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007)

Stina beskriver hur oviljan att bli betraktad som "ett nutcase" gör det jobbigt att söka professionell hjälp:

IP: Jag brukar inte vara hypokondrisk av mig, men att behöva åka till sjukvården och oroa sig för att man ska bli bemött som att man är ett nutcase för att man tror sig ha svamp men sen inte har det, är jobbigt. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007).

När vestibulit förklaras med känsligt psyke och tillhörande en viss personlighetstyp så blir subjektspositionen för kvinnor med vestibulit en känslig kvinna som själv orsakar sin vestibulit. Skulden till vestibuliten läggs ju också på kvinnorna genom att vestibuliten förklaras med kvinnornas sexuella handlande som i fallet med Stina och Therese, där vestibuliten anses bero på att de haft sex utan att vara upphetsade och att gynekologiska sjukdomar förklaras med kvinnornas sexuella handlade menar Puranen är vanligt. En känsla som då är tänkbar är att kvinnorna drabbas av skuld, då vestibuliten inte bara drabbar dem själva utan också deras partner. Påförandet av skam och skuldkänslor är en av härskarteknikerna som Ås (1982) presenterar. När Therese beskriver att hon blivit bemött med ” - *Ja, ja lilla gumman det gör ont om man slår någon på fingrarna också*”, så förmedlar hon en känsla av att inte bli tagen på allvar; att bli förlöjligad, en annan av de härskartekniker Ås (1982) menar att män utsätter kvinnor för.

Den normala kvinnan

Samtliga tre intervjupersoner beskriver flera gånger hur de själva och många i deras omgivning, misstänker att svamp i underlivet låg bakom utvecklandet av vestibulit t.ex. uttrycker Marie det så här:

IP: Mmm för det är något som faktiskt sammanbinder oss alla som har den här problematiken, det har börjat med någon form av svampinfektion och så har det varit tjejer som har haft väldigt mycket svamp. Annars tycker jag att det är svårt att hitta några gemensamma drag alls i sjukdomsbilden. (Ur intervjun med Marie den 2 maj 2007)

Om vestibulit ses som något som orsakas av svampinfektioner i underlivet ligger inte kvinnornas personlighet eller psyke till grund för utvecklandet av vestibulit. Detta gör dem till helt vanliga kvinnor men med ovanligt mycket svampinfektioner. Subjektspositionen för kvinnorna blir då att de är helt normala och utan skuld till sin vestibulit eftersom smärttillståndet då orsakas svampinfektioner och inte av deras personlighet eller på deras psyke.

Stina och Marie uttryckte en misstanke om att lokalbehandlingar av svamp kan ha bidragit till vestibuliten något Stina uppger att även sjukvården misstänkt, vilket återigen gör vestibuliten till något som inte orsakats av kvinnornas personlighet eller psyke. Till skillnad från när

vestibuliten ses som orsakad av svampinfektioner så finns det en risk att kvinnorna drabbas av skuld känslor, då deras felbehandling av svampen kan ha bidragit till utvecklandet av vestibulit. Följande citat av Stina tyder på detta.

IP: Fast det är klart, typ det första läkarna gjorde när dom kom fram till att jag har vestibulit och vaginism var att förbjuda lokalbehandling. Mmm...nu i efterhand har jag insett att jag behandlade min svamp precis så som man inte ska...jag vet inte om det kan ha påverkat på något sätt...(Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007)

Offret

Marie och Stina beskriver båda att de möts av uppfattningen att de blivit utsatta för sexuella övergrepp. Genom att se vestibulit som ett resultat av sexuella övergrepp tillskrivs kvinnorna rollen av offer och på så vis läggs inte skulden på kvinnornas personlighet eller psyke. Detta skulle kanske kunna bidra till att kvinnorna med vestibulit som blivit utsatta för sexuella övergrepp vågar öppna sig och prata om problematiken (dock inte i de fall där de sexuella övergreppen inte erkänns av sexologen, läkaren, etc). Puranen (1994) skriver att det historiskt ofta har varit så att kvinnliga gynekologiska sjukdomar ofta förklaras med att personen blivit sexuellt utnyttjad.

Även när vestibuliten beskrivs som ett privat helvete i intervjuerna så blir kvinnornas subjektposition offer då de drabbats av något som de upplever att de inte har kontroll över. Stina beskriver hur svampinfektionerna kan få henne att känna hat mot sig själv och Therese berättar om hur hon kunde gråta i panik när vestibuliten var som värst och fråga sig, varför just jag? Både Therese och Stina tycks beskriva situationer där de känner sig maktlösa. Stina kan inte styra den ankommande svampinfektionen och Therese kan inte själv påverka att vestibuliten försvinner.

Den avvikande och sexuellt otillräckliga kvinnan

När vestibuliten tillskrivs kvinnornas psyke medför det också att kvinnorna avviker från genomsnittskvinnan då en majoritet av kvinnornas psyke i världen inte utvecklar vestibulit. Kvinnor med vestibulit avviker också från genomsitts kvinnan genom att de inte kan ha samlag utan smärta. Som Marie uttrycker det: *"Det sitter liksom så mycket i kvinnligheten att man ska kunna ha sex utan problem."* Subjektpositionen för kvinnorna kan då bli som avvikande och sexuellt otillräckliga kvinnor. Även Therese uttrycker en upplevelse av att avvika då hon menar att vanliga personer kan ha sex medan hon inte kan det:

IP: Man har blivit lite sexfixerad. Jag ska kunna ha sex, jag ska kunna ha sex. Det var väl en överdrift, men att man bygger upp det så att det blir en så stor del av ens liv. Eller liksom att, i varje tidning man tittar i så står där om sex. Man tar åt sig så mycket mer. Det blir så mycket jobbigare. Hade man då kunnat ha sex som en vanlig person, hade man liksom inte...förstår du? (Ur intervjun med Therese den 11 maj 2007).

En subjekts positionering som avvikande och sexuellt otillräcklig kan möjligen leda till en rädsla att förlora sin partner, något som på sikt skulle kunna skada självkänslan. Stina berättar att hon ibland kan känna sig otillräcklig i relationen till sin pojkvän:

IP: Å sen är det ju så att det är klart att en rädsla i mig ibland kan komma upp, eller att jag kan känna mig otillräcklig och ledsen för att jag inte kan ge min pojkvän det andra kvinnor kan ge, men sen samtidigt blir jag arg för det ska inte handla om det. (Ur intervjun med Stina den 7 maj 2007).

En subjektspositionering som avvikande och sexuellt otillräcklig skulle troligen kunna leda till känslor av skam och skuld precis som subjektspositionen känslig kvinna som själv bidrar till uppkomsten av vestibuliten gör och med liknande konsekvenser för kvinnan, se ovan.

Den osynliggjorda kvinnan

Kvinnorna i intervjuerna säger att de knappt upplever att det finns en diskurs kring vestibulit utanför sjukvården. De beskriver att de upplever att vestibulit är ett tämligen osynligt problem i vårt samhälle, vilket innebär att deras subjektspositioner blir osynliggjorda kvinnor. Ås (1982) menar att osynliggörandet av kvinnor är en av de fem härskarteknikerna. Vad medför det att ha en subjektspositionerna som innebär att vara osynliggjord? Kanske blir känslorna av att vara avvikande tydligare då kvinnorna upplever att de är ensam om problematiken, vilket skulle kunna medföra skamkänslor och kanske göra så att de i större utsträckning drar sig för att ventilera sin sjukdom med omgivningen. Samtidigt så är det tänkbart att allt fler gör som Therese och vänder sig till Internet för att finna en aktiv samtalsplats för vestibulit, där hon kan möta andra med samma problematik som hon lider av.

Sammanfattning steg 4, 5 och 6

De olika diskursiva konstruktionerna av vestibulit skapar tänkbara subjektspositioner för kvinnorna i intervjuerna. Subjektspositionen *känslig kvinna som själv orsakar sin vestibulit* kan eventuellt medföra känslor av skam och skuld hos kvinnorna. Genom att se vestibulit som

orsak av svampinfektioner får kvinnor med vestibulit subjektspositionen *normal*, då orsakerna till vestibuliten inte går att spåra i deras psyke. Kvinnor med vestibulit kan få subjektspositionen *offer* i situationer där vestibuliten misstänks härröra ur sexuella övergrepp eller när kvinnorna känner sig maktlösa i sin situation. Eftersom kvinnorna i intervjun upplever att vanliga kvinnor kan ha sex, får de en subjektsposition som *avvikande och otillräcklig* kvinna, vilket möjligtvis också skulle kunna leda till känslor av skam och skuld. Eftersom kvinnorna upplever att vestibulit är ett osynligt problem utanför sjukvården får de slutligen också subjektspositionen *osynliggjord*.

Diskussion

Privata konstruktioner av det diskursiva objektet

Det är tydligt att de tre kvinnorna i intervjuerna upplevde att det finns flera olika föreställningar av vestibulit. Av de sex konstruktionerna av vestibulit som de tre kvinnorna i intervjun presenterade bygger två av dem på konstruktioner som kvinnorna till största del tycks ha skapat själva, d.v.s. de bygger inte på de konstruktioner som de säger sig ha mött i samhället och inom sjukvården. Detta gäller kvinnornas föreställningar om att vestibulit är ett osynligt problem och att vestibulit kan vara ett helvete.

Osynlig diskurs

När kvinnorna beskriver att de upplever vestibulit vara ett osynligt fenomen ger de också uttryck av att de som kvinnor med vestibulit är osynliggjorda. Hur kvinnornas identitet påverkas av att de upplever att de är osynliggjorda är en fråga som endast går att spekulera kring. Men som tidigare påpekats så är det tänkbart att kvinnornas känslor som avvikande förstärks när de upplever att de är ensamma om problematiken. En känsla av att avvika kan inverka negativt på identiteten och självkänslan precis som upplevelsen av att vara sexuellt otillräcklig. Kanske kan den osynlighet av vestibulit som kvinnorna talar om vara ett uttryck för det Fredelius et al (2000) beskriver, nämligen att det saknas ord både inom engelskan och svenskan för att beskriva en sexuellt aktiv kvinna medan en man kan vara både potent och viril. I enlighet med Foucaults diskursanalys ska konstruktionerna av det diskursiva objektet kopplas till de maktstrukturer i samhället som kan tänkas ha inverkat på skapandet av konstruktionerna. Ås (1982) menar att kvinnor osynliggörs och undanhålls information som ett led i männens teknik för att behålla sin överordnade makt. Ett exempel på detta skulle vara att kvinnorna med vestibulit upplever att de är ensamma i sin problematik istället för att upplysas om att uppskattningsvis 2-5% av alla deras jämnåriga har vestibulit (Bohm-Starke et

al, 2003). Hirdman (1983) menar att kvinnan är osynlig i det offentliga rummet, då kvinnans sfär historiskt sett har varit i hemmet, vilket skulle göra osynliggörandet av vestibulit till ett resultat av den patriarkala maktstrukturen i samhället.

Relationsdiskurs

Den andra privata konstruktionen de tre intervjuade kvinnorna har av vestibulit är tidigare sagts vestibuliten som ett privat helvete, där smärtan och oförmågan till ett normalt sexliv betonas och stort fokus läggs på hur vestibuliten påverkar relationen med partnern. Att kvinnornas identitet och självkänsla åtminstone till viss del påverkades framkommer när Marie säger att vestibuliten gjorde henne till något hon inte var, när Therese talar om känslor av hopplöshet och när Stina nämner känslor av hat mot sig själv när hon inte kan ha sex med sin partner. Angående oförmågan att ha penetrationssex så framkommer det i intervjuerna med både Marie och Therese att de påverkas av att läsa om sex i tidningar. Marie säger att det sitter i kvinnligheten att kunna ha sex utan problem och Therese beskriver hur önskan om att kunna ha sex blivit till en stor del av hennes liv. Therese och Marie beskriver hur de upplever att det förväntas av dem att ha fungerande sexualitet. Genom att inte kunna ha sex upplever de då sig eventuellt som avvikande och ofullständiga kvinnor. Foucault (2004) menar att vi förstår vår egen sexualitet genom samhällets diskurser kring sexualitet, något intervjupersonernas berättelser bekräftar. Vidare menar Foucault (2004) att genom att sluta se sex som en handling och istället prata om sexualitet definieras vad som är normalt och på det sättet beskrivs också vad som är avvikande. Ett exempel på detta skulle kunna vara oförmågan att kunna ha samlag på grund av smärta, då det normala i samhället anses vara att kunna ha sex obehindrat.

Offentliga konstruktioner av det diskursiva objektet

De fyra andra konstruktionerna av vestibulit som framkommer i intervjuerna med kvinnorna upplevs främst finnas inom sjukvården och i samhället. Huruvida de själva identifiera sig med dessa konstruktioner och i vilken mån kvinnorna tar avstånd från eller sympatiserar med konstruktionerna varierar.

Fysiologisk diskurs

Den enda konstruktion som alla tre kvinnorna ställde sig bakom var den att vestibulit är orsakat av svamp. Något som inte bara är en offentlig konstruktion av vestibulit utan även en privat konstruktion, då alla kvinnorna i undersökningen har haft mycket svampinfektioner och uppger att de tror att svampinfektionerna kan ha inverkat på utvecklandet av vestibulit. Dock

placeras den under offentliga konstruktioner då det framför allt tycks vara en konstruktion som kvinnorna menar är spridd inom framförallt sjukvården och som går att finna i forskningsläget. Likaså gäller för föreställningen att lokalbehandlingar av svamp kan inverka på utvecklandet av vestibulit. Konstruktionerna som tillhör en fysiologisk gynekologisk diskurs tycks grunda sig i att en majoritet av vestibulitpatienterna har haft problem med svampinfektioner (Ehrström, 2007).

Psykologisk diskurs

De tre andra konstruktioner av det diskursiva objektet går att koppla samman, nämligen föreställningen om att vestibulit drabbar kvinnor med vissa personlighetsdrag (där stress och höga krav ingår), att kvinnorna med vestibulit har ett känsligt psyke och att kvinnorna själva bidrar till utvecklandet av vestibulit. Alla dessa tre konstruktioner grundar sig i föreställningar om kvinnornas psyke och vestibulit kopplas på så vis till en psykologisk diskurs. Både Marie och Stina beskriver att de upplever dessa konstruktioner som negativa och de beskriver också ett missnöje med att terapi ses som den främsta behandlingsmöjligheten. På så vis tar Stina och Marie avstånd från konstruktionen att vestibulit skulle vara orsakat av kvinnornas psyke, även om Marie medger att hon har höga krav på sig själv. Therese tror att det finns mycket i personlighetsprofilen, men hon påpekar också att hon inte tror att det är något unikt med höga krav och stress för just kvinnor med vestibulit. Att Stina och Marie som båda har behandlats för sin vestibulit i Malmö möts av personlighetsprofilen ”stressad, höga krav på sig själv och så vidare”, är kanske inte så förvånande med tanke på föreläsningen på Malmös Universitetssjukhus som Linnros och Tööj (2004) refererar till, mer anmärkningsvärt är att även Therese som behandlats för sin vestibulit på annan ort också har presenterats för personlighetsprofilen. Även om jag med Foucaults diskursanalys aldrig kan dra några faktiska slutsatser om något annat än kvinnornas upplevelser, så reagerade jag på att Thereses upplevelser skiljer sig kraftigt från Marias och Stinas. Detta skulle kunna förklaras av att den gynekologiska diskursen i Malmöområdet eventuellt skiljer sig från den i hennes hemstad där inte samma starka kopplingar görs till att vestibulit skulle vara något som tillhör den psykiatriska diskursen.

Frågan är om avståndstagandet till personlighetsprofilen och föreställningen om det känsliga psyket från mina intervjupersoners sida grundar sig på en ovilja att identifiera sig som mentalt känsliga trots att föreställningen egentligen passar in på kvinnorna, eller om kvinnorna tar avstånd från föreställningen för att konstruktionen inte passar in på dem? Möjligen kan även

fler skäl ligga bakom kvinnornas avståndstagande, som t.ex. att de av ideologiska skäl vänder sig emot att en kategorisering av kvinnor i könsstereotypa fack sker, vilket Maries tydliga betoning av ”hysterikan” tyder på. Tydligt är att det kan vara problematiskt att säga att kvinnor med vestibulit är på ett visst sätt, något som intervjuerna med Stina och Marie vittnar om. Det är uppenbart att det i Marie och Stinas fall existerar vad Puranen (1994) skulle kalla en förtroendeklyfta mellan sjukvården och kvinnorna. Dock är det möjligt att när kvinnor som i Thereses fall identifierar sig med personlighetsprofilen ”stressad med höga krav på sig själv” samtidigt som vestibuliten betonas vara främst en gynekologisk fråga från sjukvårdens håll, kanske kan stärkas i sin identitet med hjälp av personlighetsprofilen.

För att lyfta fram problematiken som en personlighetsprofil och en betoning på kvinnans känsliga psyke kan medföra för kvinnorna tas Stina som ett exempel. Stina uppger att hennes f.d. pojkvän utsatte henne för sexuella övergrepp. Hon säger att när hon sökte vård presenterades hon för en personlighetsprofil för hur kvinnor med vestibulit är som hon inte alls kunde identifiera sig med. Hon säger att hon upplevde att hennes redogörelse för hur hon blivit utsatt för sexuella övergrepp inte togs på allvar. Stina berättar också att hon känner oro för att bli bemött som hypokondrisk när hon söker hjälp för sina svampinfektioner då det bara är varannan gång hon söker hjälp som hon verkligen har svampinfektioner. Slutligen berättar hon också att hon fick höra att hennes vestibulit skulle bero på att hon inte skulle vara sexuell attraherad av sin nuvarande pojkvän. På så vis presenterar Stina en föreställning av att skulden till vestibuliten är hennes; den beror på hennes personlighet och/eller bristande sexuell attraktion till sin partner. Skulden läggs inte på hennes f.d. pojkvän som utsatte henne för sexuella övergrepp, utan på hennes känsliga psyke. Konstruktionen Stina har angett av sig själv är att hon är en lugn och stabil person. Kanske härrör Stinas rädsla för att hon skulle vara en neurotisk person ur att hennes konstruktion av vem hon är krockar med hennes uppfattning om hur sjukvårdens konstruktion av henne ser ut. Vilket som i fallet med Stina eventuellt bidrar till att Stina inte bara känner sig kränkt av sin f.d. pojkvän utan också av sjukvården, något som skulle kunna vara en stressor. Kanske underbyggs också på så vis Stinas självkänsla och identitet till följd av denna ”konstruktionskrock”. Om föregående resonemang kring Stina hårddras skulle konstruktionen av henne som ”känslig” kunna bidra till en form av självuppfyllande profetia där rädslan över att konstruktionen av henne som känslig kvinna stämmer är en stressor, samtidigt som konstruktionen krockar med hennes identitet i den grad att den bidrar till att underbygga självkänslan och identiteten, vilket skulle kunna göra henne till en känsligare och mer stressad person. Ehrström (2007) konstaterar ett samband mellan

stress och vestibulit. Foucault (2004) menar att vi i väst försöker göra sanna (vetenskapliga) utsagor om sexualitet, vilket han är kritisk till. När kvinnorna samstämmigt beskriver att de upplever att orsaken till vestibuliten inom sjukvården söks i deras psyke eller personlighet, kan detta vara ett uttryck för denna vilja att göra sanna utsagor som Foucault (2004) talar om. När Stina berättar om sin rädsla för att bli bemött som hypokondrisk då hon söker hjälp för svamp i underlivet och inte har svamp, skulle det kunna spåras till att det i tidigare forskning angetts att kvinnor med vestibulit klagar på kroppsliga symptom i större utsträckning än andra, vilket enligt forskarna tyder på ett psykosomatiskt inslag (Danielsson et al, 2001). Kanske har denna forskning blivit en "sanning" där Stinas klåda i underlivet förklaras som ett psykosomatiskt inslag, vilket ligger till grund för bemötandet Stina upplever sig få, eller så är det bara Stinas rädsla att sjukvården ska se henne som neurotisk som spelar henne ett spratt. Ett problem är att forskarna idag faktiskt ännu inte ens har enats om en "sanning" angående vad som orsakar vestibulit och trots det tyder kvinnornas utsagor på att sjukvården i vissa fall väljer att bortse från kvinnornas individuella bakgrunder till förmån för "sanningen" om "vestibulitkvinnornas" känsliga psyke och personlighetsprofil. Verkligheten har en tendens till att vara mer komplicerad än teorier, test, undersökningar, hypoteser och intervjuer visar på. Kanske bör vi därför vara mer restriktiva med uttalanden om "sanning"?

I enlighet med Foucaults diskursanalys ska konstruktionerna av det diskursiva objektet kopplas till maktstrukturer i samhället, i detta fallet konstruktionen om den känsliga kvinnan. Hirdman (2003) menar att föreställningen om kvinnors känsliga psyke till skillnad från mannens förnuft är ett uttryck för i-särhållandets princip som bygger på kvinnors underordning. Även om Edwards (1981) inte talar om i-särhållandets princip så menar hon att förklaringen till att gynekologiska sjukdomar enligt henne tenderar att ses som ett uttryck för psykologisk instabilitet är kopplat till kvinnans underordning. Subjektpositionen som känslig kvinna som själv är orsakar till sin vestibulit riskerar som jag tidigare nämnt leda till skam och skuld känslor hos kvinnorna eftersom kvinnornas vestibulit inte bara drabbar dem själva utan också deras partners. Påförandet av skam och skuld menar Ås (1982) är en av härskarteknikerna männen använder sig av för att behålla sin överordnade ställning. Ås skriver vidare att kvinnorna ofta får skulden för mannens impotens, om man väljer att tro på detta så skuldbeläggs kvinnor till viss del både för sin egen vestibulit och mannens impotens.

Metoddiskussion och förslag på fortsatt forskning

Några metodiska för- och nackdelar gällande uppsatsen kommer här lyftas fram. Med Foucaults diskursanalys är det tillåtet att använda sig av sin förförståelse som i den här uppsatsen presenterades i inledningen, samtidigt så är det viktigt att uppmärksamma att förförståelsen också kan inverka på hur man tolkar och diskuterar resultatet samt utför analysen (Winther Jørgensen & Philips, 2000). Dessutom kan de intervjuade mycket väl skilja sig från majoriteten som inte ställde upp på att intervjuas, dock så utger sig inte postmodernister för att generalisera till allmänheten (Kvale, 1997). Både Stina och Marie uttryckte bitterhet mot sjukvården och alla tre intervjupersonerna uttryckte en förfäran över att okunskapen i samhället är så stor och sade sig ställa upp som intervjupersoner till den här uppsatsen främst för att öka kunskapen i samhället. Dessa uppfattningar om sjukvården och kunskapen i samhället behöver inte vara representativt för kvinnor med vestibulit, kanske ställde intervjupersonerna upp just för att de hade dessa uppfattningar.

Två av intervjupersonerna har blivit utsatta för sexuella övergrepp, vilket enligt en del tidigare forskning skulle skilja dessa båda kvinnor från den genomsnittliga ”vestibulitkvinnan” som ska ha en normal sexuell bakgrund (Sjögren et al, 2003). De sexuella övergreppen skulle då kunna förklara varför inte Stina tycker sig passa in på personlighetsprofilen, eftersom hon enligt en del av forskningsläget skiljer sig från den vanliga ”vestibulitkvinnan”. Samtidigt så kan det vara så att Stina skulle utvecklat vestibuliten oavsett övergreppen eller inte, eller så är det vanligare med sexuella övergrepp i relation till vestibulit än en del av den tidigare forskningen funnit (Bohm-Starke et al 2003). Bl.a. Ehrström (2007) menar att sexuella övergrepp är en bidragande orsak till vestibulit. D.v.s. intervjupersonerna kan vara representativa och beskriva de konstruktioner som är vanligast men det kan också vara så att intervjupersoner skiljer sig kraftigt från den genomsnittliga kvinnan med vestibulit. Därför hade det varit intressant med en liknande undersökning gjord på ett större urval av intervjupersoner. Eftersom flera av konstruktionerna som kvinnorna i intervjuerna beskrev gäller hur de upplever att sjukvården ser på vestibulit, hade det också varit relevant att göra en diskursanalys där personal från sjukvården intervjuas för att se hur de talar om vestibuliten och vilka konstruktioner de visar sig ha av kvinnorna med vestibulit. Det hade varit intressant att se om kvinnornas upplevelse av vilka konstruktioner av vestibulit som finns inom sjukvården stämmer överens med de konstruktioner av vestibulit som framkommer i intervjuer med sjukvårdpersonal.

Referenser

- Andersson, R. (2007). Så får ni supersex livet ut. *Aftonbladet*. Hämtat 2007-05-20 från www.aftonbladet.se/ettor/webb/2351_normal.html
- Allgeier, E.R. & Allgeier, A.R. (2000). *Sexual interactions*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Bohm-Starke, N., Danielsson, I, Hedberg, P. & Rylander, E. (2003). Vulvavestibulit. I Sjöberg, N-O. (red) *Vulvasjukdomar*. Malmö: Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för vulva. Rapport nr 48.
- Danielsson, I., Eismann, M., Sjöberg, I. & Wikman, M. (2001). Vulvar vestibulitis: a multi-factorial condition. *British Journal of Obstetrics and gynaecology*. 108, 456-461.
- Danielsson, I., Sjöberg, I. & Wikman, M. (2000). Vulvar vestibulitis: medical, psychosexual and psychosocial aspects, a case-control study. *Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 79
- Dean, T. (2000). *Beyond sexuality*. Chicago: The University of Chicago Press Ltd.
- Edwards, S. (1981). *Female Sexuality & the Law*. Oxford: Martin Robertson & Company Ltd.
- Ehrström, S. (2007). Aspects on chronic stress and glucose metabolism in women with recurrent vulvovaginal candidiasis and in women with localized provoked vulvodinia. Stockholm: Karolinska institutet.
- Fautso-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body - Gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books.
- Foucault, M. (2004). *Sexualitetens historia. Band 1, Viljan att veta*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Fredelius, G., Klein Frithiof, P. & Ursing, I. (2000). *Kvinnor identitet, Dynamisk kvinnopsykologi i ett livslöppsperspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hirdman, Y. (2003). *Genus - om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Linnros, Clara och Cecilia Tööj (2004): *Vulvavestibulit : En beskrivning av somatisering, affektmedvetenhet och internaliserad skam hos 18 kvinnor med vulvavestibulit*. Lund: Examensarbete i yrkesexamen , Institutionen för psykologi.
- Nylander Lundqvist, E & Bergdahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta Derm Venereol*. 83 :369-73.
- Puranen, B. (1994). *Att vara kvinna är ingen sjukdom*. Stockholm: Nordstedt.
- Ryding, E.L. & Smith-Knutsson, E. (1992). Dyspareuni. I Kjessler, B (red) *Kroniska smärttillstånd inom gynekologin*. Lindköping: Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupps för psykosocial obstetrik & gynekologi samt sexologi. Rapport nr 23.
- Willing, C. (2003). Discourse analysis. In J. A Smith (ed), *Qualitative psychology: A practical Guide to Research Methods* (pp.159-183). London: SAGE publications Ltd.
- Winther Jørgensen, M. & Philips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Ås, S. (1982). *Kvinnor tillsammans, handbok i frigörelse*. Malmö: Gidlunds.

Bilaga - Intervjuguide

Bakgrund

Ålder, Sysselsättning och vestibulit hur länge?

Vestibulit

Berätta om första gången du upptäckte att det gjorde ont vid samlag?

- Vad kände du?
- Vad gjorde du?
- Pratade du om det med någon? (Partner, vänner o.s.v.)

Sjukvården

Hur länge dröjde det innan du vände dig till sjukvården?

Kände/Känner du att du fick den hjälp du behöver/behövde?

- Tagen på allvar?
- Rätt diagnos snabbt?
- Har sjukvården tillräcklig med kunskap om vestibulit?
- Bemötande av sjukvården? (Bra/Dåligt. Värdigt/kränkande o.s.v.)

Hur skulle du beskriva sjukvårdens inställning till vestibulit och kvinnor med vestibulit utefter dina egna erfarenheter?

- Neutral? Nyanserad? Stereotyp? Som en fysiologisk sjukdom eller som något psykiskt?

Partner

Hur upplever du att din/dina pojkvänner reagerat på att du har vestibulit?

Hur skulle du beskriva att du upplever din/dina pojkvänner ser på vestibulit/kvinnor med vestibulit?

- Neutralt?
- Som en fysiologisk sjukdom eller som något psykiskt?

Intervjupersonen

Hur är dina känslor inför din vestibuliten idag?

Skulle du vilja säga att vestibuliten påverkat din livskvalitet?

- Hur du mår?
- Deppighet?
- Något positivt?

Samhället

Tycker du att det finns kunskap i samhället angående vestibulit?

- Massmedia
- Vänner
- Familj

Om så är fallet, hur skulle du beskriva den bild av vestibulit/kvinnor med vestibulit som du upplever finns i samhället?