

# För intimitetens skull

Hur normen påverkar kvinnors upplevelse av samlagssmärta

Julia Linton

# Abstract

This thesis aims to shed light on women's intercourse pain by examining the conceptualization and discourse regarding such pain and how this in turn affects women's suffering. Three different perspectives of intercourse pain, namely biomedical, biopsychosocial and the subjective experience of women were analyzed using Fairclough's critical discourse analysis (CDA) and the three perspective's discourses were subsequently contrasted. In this analysis I find that all the discourses have an underlying assumption of a heteronorm where vaginal penetrative sex is seen as the ultimate sex. Consequently, women who suffer from intercourse pain and hence can't or don't want to have penetrative sex are seen as deviant. This puts even more stress on the individual woman which may exacerbate the pain and lead to chronic pain. Therefore I suggest that there should be more focus on overarching structures that are present in society as well as social constructions, like heteronormativity. I argue that there needs to be a new view upon the norm of sexuality and a bigger acceptance for alternative ways of seeking intimacy than penetrative sex.

*Nyckelord:* samlagssmärta, vestibulit, kritisk diskursanalys, sexualitet, heteronorm  
*Antal ord:* 9505

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Syfte och frågeställning .....	2
1.2 Positionering .....	2
1.3 Samlagssmärta .....	3
1.4 Disposition .....	4
<b>2 Diskurs- och genusteori</b> .....	<b>5</b>
2.1 Diskursteori .....	6
2.2 Sexualitet .....	7
2.3 Problemrepresentation .....	8
<b>3 Diskursanalys som metod</b> .....	<b>10</b>
3.1 Kritisk diskursanalys .....	10
3.1.1 Den tredimensionella modellen .....	10
3.1.2 Femstegsmodellen .....	11
3.2 Material .....	12
<b>4 Analys</b> .....	<b>13</b>
4.1 Den biopsykosociala .....	13
4.2 Den biomedicinska .....	16
4.3 Kvinnors subjektiva upplevelser .....	17
4.4 En jämförelse .....	19
4.5 Slutsats .....	21
<b>5 Avslutande reflektioner</b> .....	<b>22</b>
5.1 Förslag till vidare forskning .....	22
<b>6 Referenser</b> .....	<b>23</b>

# 1 Inledning

Kvinnors sexuella ohälsa har historiskt sätt varit marginaliserad och är det än idag. Detta är inte minst tydligt när man ser på kvinnors samlagssmärta<sup>1</sup>. Det finns ingen tydlig statistik över exakt hur många kvinnor som lider av samlagssmärta, men vissa forskare menar att det är så många som 20 % av vuxna kvinnor som upplever smärta under samlag och vanligaste förekommande är det bland kvinnor i åldrarna 19-25 (Laumann, Paik & Rosen, 1999).

Ordet samlagssmärta är egentligen ett slarvigt uttryck då det som oftast avses är vestibulit eller dyspareunia. Dyspareunia är ett begrepp som myntades på 1800-talet som hade för avsikt att inkludera en rad smärtproblem som interfererar med samlag. Emellertid reflekterar detta något intressant; samlagssmärta är det enda smärttillståndet som talas om i relation till den aktivitet den stör, nämligen samlag (Binik, 2005: 13). Det bär med sig att de allra flesta genitala smärtproblem hos kvinnor kan diagnostiseras som dyspareunia (Binik, 2005: 12). Det här är, märkligt nog kan tyckas, ett begrepp som används än idag. Då tillståndet har setts som något som interfererar med samlag har det uppfattats som ett biomedicinskt problem och har av The American Psychiatric Association definierats som en sexuell dysfunktion (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000: 554). Det här har medfört flertalet problem. Att definiera kvinnors samlagssmärta som en dysfunktion gör att man implicit avsäger sig ett ansvar att hitta en "lösning" på problemet; kvinnan tillskrivs istället problemet själv. Därutöver hävdar en del av forskarsamfundet att samlagssmärta istället borde ses som en smärtproblematik och behandlas därefter. Det har fört med sig att det inte funnits någon enhälligt sätt att "bota" kvinnorna som lidit av samlagssmärta och det har heller inte lagts nämnvärda resurser på forskning kring detta (Binik, 2005: 17).

Under de senaste åren har denna definition likväl ifrågasatts av en del av forskarsamfundet som har valt att se problemet ur ett biopsykosocialt perspektiv. Det har i sin tur påverkat hur man uppfattar problemet och det har hävdats att ett sådant problem kan ha flera förklaringsfaktorer: biologiska, psykologiska såväl som sociala. I och med detta ifrågasättande återfinns nu en diskursiv kamp gällande kvinnors samlagssmärta.

Det jag uppfattar som intressant är vem som formulerar problemet kring kvinnors samlagssmärta. Intressant är också vem som har tillskrivit kvinnorna dessa problem, om de gjort det själva eller om någon annan gjort det åt dem.

---

<sup>1</sup> I min uppsats kommer jag att använda mig av begreppet samlagssmärta. Trots att jag tycker att det är ett alldeles för vitt begrepp som innefattar alldeles för mycket så är det just detta begrepp som min uppsats utgår ifrån. Jag vill inte på något sätt befästa detta begrepp utan snarare kritisera detsamma. Samlagssmärta kommer alltså i uppsatsen användas för all sorts genital smärta om inget annat framgår.

Därtill intresserar det mig vilken norm som problemen utgår ifrån. Sammantaget är frågan vem som besitter makten och vem som utgör normen.

## 1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med denna uppsats är att undersöka problemformuleringsprivilegiet. Jag vill belysa de bakomliggande strukturerna till marginaliseringen av kvinnors sexuella ohälsa. Uppsatsen ämnar öka förståelsen till varför den rådande strukturen ser ut som den gör, och vilka bakomliggande normer som skapas och återskapas i diskursen kring kvinnors sexuella ohälsa. Jag har valt att fokusera på kvinnors samlagssmärta på grund av att det är ett så stort problem i vårt samhälle idag, men samtidigt så marginaliserad. Kvinnor som söker vård får ofta fel sorts behandling eller skuld på sig själv. Därutöver läggs väldigt få resurser på att forska på området. Frågan får, i förhållande till hur många människor den påverkar, väldigt lite uppmärksamhet. På vilket sätt representeras problemet? Jag ämnar med min uppsats skärskåda vilken norm som är bakomliggande i problemformuleringen och hur normen i sin tur påverkar problemlösningen. Detta en mycket aktuell fråga som berör många varför jag anser den viktig att belysa. Därutöver ser jag en tydlig lucka i forskningsområdet som är i stort behov av att fyllas.

För denna uppsats har jag valt att fråga mig:

Hur kan man förstå hur den rådande normen för sexualitet påverkar kvinnors upplevelse av samlagssmärta?

Vad kan det få för konsekvenser?

Frågan har hög relevans eftersom ett svar på den skulle skärskåda synen på sexualitet, vilken normen är och om det görs skillnad mellan kvinnor och mäns sexualitet. Vidare skulle detta kunna klargöra vissa maktstrukturer som finns i samhället, där den som besitter mycket kunskap också sitter på makten. I det här fallet handlar det till mångt och mycket om den diskursiva makten och vem som har problemformuleringsprivilegium.

## 1.2 Positionering

Intersubjektivitet är av högsta vikt vid forskningsprocesser. I min uppsats kommer intersubjektiviteten påverkas då jag använder mig av ett socialkonstruktivistiskt angreppssätt där min egen förståelse blir central i tolkningen av mitt material. Det här blir i sin tur problematiskt för mitt studiums rekonstruerbarhet. Emellertid

kommer jag att redogöra för alla steg i processen och därmed göra det tydligt för läsaren hur jag har kommit fram till mina resultat. På det sättet går det att utvärdera om resultatet verkar plausibelt (Lundquist, 1993: 52).

Eftersom jag är präglad av min egen förståelse kan jag inte ställa mig utanför problematiken för att på så sätt komma fram till ett objektiva svar. Att inte bli tagen på allvar eller att tillskrivas alternativt avskrivas problem är något jag och många kvinnor med mig upplever alltför ofta. Med andra ord är jag ”in the belly of the monster”, det vill säga att man alltid befinner sig mitt i en problematik och kan inte redogöra för den utifrån (Haraway, 1991: 188ff). Jag vill därför inte hävda att mina resultat kommer att vara objektiva på något sätt utan jag vill här poängtera min egen position i de resultat jag kommer fram till.

### 1.3 Samlagssmärta

Samlagssmärta är ett mycket omstritt begrepp och vad begreppet faktiskt betyder är avhängigt aktören i fråga. Gemensamt för samtliga betydelser är att det är någon form av genital smärta i samband med samlag. Samlagssmärta inbegriper både vestibulit och dyspareunia vilka är två begrepp som i hög utsträckning överlappar varandra. Dyspareunia har varit omskrivet sedan 1870-talet. Begreppet avser all sorts smärta som interfererar med samlag (Binik, 2005: 12). Trots att det redan på 1800-talet ansågs viktigt att bota genital smärta så blev där en problematik då begreppet lägger tonvikt vid vad den interfererar med snarare än smärtan själv (Binik, 2005: 12). Det här har lett till att samlagssmärta fortsatt har setts på det sättet och därtill kan all smärta som upplevs under samlag klassificeras som samlagssmärta. Detta trots att genital smärta kan bero på en rad olika saker och upplevas på en mängd olika sätt. Till exempel är det många kvinnor som upplever genital smärta under andra aktiviteter än samlag så som införandet av tamponger, urinering och sportaktiviteter (Binik, 2005:13).

The American Psychiatric Association ger ut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). I den senaste upplagan har dyspareunia tillsammans med vestibulit identifierats som sexuell smärtstörning (sexual pain disorder) som en underkategori till sexuell dysfunktion (DSM -IV-TR, American Psychiatric Association, 2000: 554). En sexuell dysfunktion definieras i sin tur som något som karaktäriseras av en störning i den sexuella responscykeln eller av smärta som är förknippad med samlag (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000: 535). Eftersom The American Psychiatric Association ses som den mest legitima källan för diagnoser blir deras definition av samlagssmärta den övergripande vedertagna.

Den här kategoriseringen har länge varit accepterad men har på senare år blivit ifrågasatt. Det finns alltså inte konsensus i hur man ska behandla kvinnor som lider av dessa problem och kunskapen kring det har varit mycket begränsad. Då lite forskning har gjorts på området har det lett till att sjukvården också blivit bristfällig (Binik, 2005: 17). Det har i sin tur haft konsekvensen att många kvinnor som har försökt söka vård inte har fått den hjälp de behövt. Utöver det kan det ha

resultat i att kvinnorna har känt hopplöshet, uppgivenhet, depression och andra negativa känslor som har påverkat dem i hög grad (LoFrisko, 2011). Att forskare framhåller att det egna forskningsfältet är underfinansierat skulle kunna ses som ett sätt för dem att få ökade resurser. Därmed skulle man kunna se den framhållna underfinansieringen som överdriven. Oavsett så står det ändå klart att sjukvården är otillräcklig och att det behövs mer resurser för att se till att dessa kvinnor får så adekvat behandling som möjligt. Detta är något som kommer bli tydligt i uppsatsens analyskapitel.

Nu finns det emellertid kritik mot den här definitionen och kritiken kommer från många olika håll. Problematiken har traditionellt sett ur ett biomedicinskt synsätt där, lite hårddraget uttryckt, tilltron ligger i att det är ett biologiskt problem som kan lösas medicinskt. Därutöver finns de istället de som snarare vill se problemet som biopsykosocialt, det vill säga biologiskt, psykologiskt såväl som socialt, och menar därmed att problemet är mer komplext och kan ha många olika förklaringsfaktorer. Till följd därav blir också behandlingen flerdimensionell. Den feministiska infallsvinkeln menar å sin sida att man måste lyssna till kvinnornas subjektiva upplevelser. Vidare menar den feministiska inriktningen att det istället för att befästa en heteronorm där det vaginala penetrerande sexet är det som ses som ”normalt” sex ska möjliggöras alternativ till denna norm. På så vis skulle inte en så stor del av kvinnornas negativa känslor utgå ifrån att de inte är ”riktiga” kvinnor eller normala.

## 1.4 Disposition

Jag har nu presenterat mitt syfte med uppsatsen, min frågeställning samt en bakgrund till problematiken kring samlagssmärta. I nästföljande kapitel kommer jag att redogöra för mitt teoretiska ramverk som består av genus- och diskursteorier vilka jag därtill kompletterat med teorier kring problemrepresentation. Därefter kommer jag att presentera min metod, kritisk diskursanalys. I uppsatsens fjärde kapitel kommer jag att använda sagda metod för att analysera tre olika artiklar för att sedan kontrastera de olika diskurserna. Analysen följs sedan av den slutsats som grundar sig i min analys. Avslutningsvis kommer jag att reflektera över mitt studium och ge förslag på vidare forskning.

## 2 Diskurs- och genusteori

Med hjälp av teorier förenklar vi verkligheten för att på så sätt kunna förstå den (Lundquist, 1993: 65). Såväl statsvetenskapen som genusvetenskapen är av tvärvetenskapliga slag (Lundquist, 1993: 66), varför jag inte vill befästa en tanke om att statsvetenskapen skulle vara något separat och eget utan ser att det är en stor fördel att koppla samman den med genusvetenskapen för att på så sätt få en ökad och bredare förståelse för samhället.

Min uppsats kommer att präglas av ett socialkonstruktivistiskt synsätt vilket hävdar verkligheten som något som skapas och återskapas i sociala relationer och finns därför inte oberoende av människan (Bryman, 2002: 33 ff; Wenneberg, 2010: 29 f). Socialkonstruktivismen menar vidare att kunskap är kontextberoende och därmed blir förändringen det informativa i sammanhanget. Med det sagt blir det tydligt att kunskap är något som är beroende av tid och rum och kan därmed inte frigöras från dessa grunder (Wenneberg, 2000: 28 f). Till skillnad från den traditionella kunskapsteorin där objektivitet står som mål ser socialkonstruktivismen hur sanningen är subjektiv. Istället för att endast se till de sociala och subjektiva faktorerna när man vill förklara fel och brister menar socialkonstruktivismen att det är mer intressant hur kunskapen har uppkommit eller producerats (Wenneberg, 2000: 30).

Vad som utgör vår verklighet är rörligt och fluktuerar således över tid. Det här beror på att vår verklighet är socialt konstruerad och utgörs bland annat av olika språkliga begrepp. Begreppens innebörd varierar över tid och därmed gör även verkligheten det (Wenneberg, 2000: 29f). Det socialkonstruktivistiska synsättet kommer genomsyra hela uppsatsen och mina teorier är valda för att överrensstämma med detta angreppssätt.

Feminism och genusforskning är ett väldigt brett område och det finns därmed ett helt spektra av betydelser av detta ämne. Eftersom jag utgår ifrån socialkonstruktivismen använder jag mig av ett genusperspektiv som menar att genus är en social konstruktion som skapas och återskapas i sociala relationer. Genuskonstruktionen kan därför förstärkas eller försvagas beroende på vilken kontext den verkar inom.

Jag kommer i min uppsats använda mig av genusteorier såväl som diskursteorier, båda vilka utgår från den socialkonstruktivistiska skolan. Diskursteorier kan se ut på olika sätt, men gemensamt för dem alla är att man försöker skärskåda och belysa det bestämda sätt vi talar om och förstår världen eller delar av den (Winther Jørgensen & Phillips, 2000: 7).



## 2.1 Diskursteori

Centralt för diskursteorin är att söka förståelse för de konstruktioner som utgörs av den sociala världen såväl som den diskursiva och man menar att alla sociala fenomen kan ses ur ett diskursanalytiskt synsätt (Winther Jørgensen & Phillips, 2000: 31). Diskursteorin bygger på ett socialkonstruktivistiskt synsätt (Winther Jørgensen & Phillips, 2000: 31). Med ett sådant synsätt innebär det att man ser språket som föränderligt. Ord och begrepp förändrar betydelse över tid och sammanhang. I diskursteorin försöker man därför fixera en betydelse som om det finns en fast struktur över hur olika ord förhåller sig till varandra (Winther Jørgensen & Phillips, 2000: 32). Diskursen utgör en referensram för hur vi agerar politiskt. Det läggs också stor vikt vid att det inte finns ett neutralt sätt att tala om vår omvärld, sociala relationer eller våra identiteter; dessa skapas och omskapas i diskursen (Winther Jørgensen & Phillips, 2000: 7).

Diskursanalysen sätter sitt objekt i en kontext vilket gör att denna typ av analys skiljer sig från textanalys. Det är i detta möte som diskursiva praktiker uppstår (Winther Jørgensen & Phillips, 2000: 67). Annorlunda uttryckt är en diskursiv praktik när texter produceras och konsumeras, alltså att texten skapas och sedan mottas och tolkas. Den diskursiva praktiken är mycket viktig i konstituerande av den sociala världen och det är genom den som social och kulturell reproduktion och förändring sker (Winther Jørgensen & Phillips, 2000: 67). För att konkret beskriva vad som är en diskurs tar jag hjälp av Neumann som menar att det är ”ett system som producerar en uppsättning utsagor och praktiker som genom att etablera sig institutionellt kan framställa sig som mer eller mindre normala” (2003: 157). En diskurs ses både som tal- och skriftspråk såväl som visuella utsagor så som bilder, konst och arkitektur (Winther Jørgensen & Phillips, 2000: 67).

Då språket hela tiden är föränderligt och betydelser kan fluktuera över tiden fluktuerar således också den sociala världen i betydelse. Diskursen kan därmed inte låsas fast och kan inte ses som en sluten enhet utan diskursen omformas ständigt i mötet med andra diskurser. I detta möte uppstår en diskursiv kamp där de olika diskurserna som representerar olika sätt att tala om vår omvärld strävar efter hegemoni (Winther Jørgensen & Phillips, 2000: 13). Enligt Fairclough går skapandet åt båda hållen då han menar att diskursen också bidrar till att skapa den sociala världen och är således inte bara en konsekvens av den (Fairclough, 2001b: 21).

Av avsevärd vikt är också makt när det kommer till diskursteori. Här är Michel Foucault framträdande. Foucault ingick även han i den socialkonstruktivistiska skolan och menade därmed att sanningen är en diskursiv konstruktion. Vad som då betecknas som sant eller falsk utgörs av olika kunskapsregimer. Därför var det Foucault syfte att synliggöra strukturerna kring dessa kunskapsregimer. Dessa utgörs av regler för vad som kan sägas och vad som är otänkbart att uttrycka likaså finns det regler för vad som kan betraktas som sant eller falskt. Tydligt blir detta när man skådar utsagor inom en diskurs; de ser ofta väldigt lika ut och gör inte plats åt alternativa sätt att se på världen (Winther

Jørgensen & Phillips, 2000: 19). I den här uppsatsen kommer heteronormen till stor del stå i centrum.

Foucault står bakom begreppet ”makt/kunskap” där makt har en dubbel betydelse nämligen makten över någon annan men också makt som i att mäka något, det vill säga vara kapabel till att utföra en viss handling. Kunskap menas här vara förståelse och vetande i en bredare mening. När dessa två kopplas samman, makt/mäktande samt vetande, betecknas att en människa bara kan utföra en handling utifrån hur hon förstår den handlingen. Det här påvisar alltså diskursens effekt på människans görande. Den dominerande diskursen möjliggör men också begränsar människan i vad hon kan göra. Därutöver påverkar den dominanta diskursen hur människan uppfattar sig själv medan hon utför en viss handling (Magnusson & Marecek, 2010: 166)

## 2.2 Sexualitet

I min uppsats utgår jag från att vi lever i ett patriarkalt samhälle där mannen står som norm och är privilegierad på bekostnad av kvinnan. Det här synsättet speglas också i normen för sexualitet. Sexualitetens norm utgår från en manlig heterosexuallitet. Denna norm har genom tiderna varit del i att undanskymma kvinnors heterosexuella sexualitet. Forskning på ämnet har historiskt utgått från mannen och därmed har det satts ett likhetstecken mellan sexualitet och penetrerande heterosexuellt samlag, vilket är en syn som till stor del lever kvar idag. Det här synsättet utgår också från att orgasm är det som ska uppnås med sex och att all annan sexuell aktivitet utöver det penetrerande samlaget antingen tillhör förspellet eller inte alls omnämns (Magnusson & Marecek, 2010: 54). En sådan norm har lett till att kvinnor, när de inte önskar ha penetrerande sex, ses av andra och sig själv som onormala. Detta påverkar i sin tur kvinnan såtillvida att hon känner skuld känslor, med det påverkas också hennes identitet, hennes känslor samt hennes beteende (Magnusson & Marecek, 2010: 164 f).

Kvinnans sexualitet ses ofta som ett komplement till mannen, som utgör normen (Magnusson & Marecek, 2010: 167). På så sätt har kvinnan ingen egen sexualitet. Kvinnans sexualitet definieras istället utifrån föreställningar kring vad manlig heterosexuell sexualitet är (Magnusson & Marecek, 2010: 168). Det här bottnar också i hur femininitet och maskulinitet upplevs. Med denna uppsats vill jag inte på något sätt befästa traditionella könsroller eller syn på genus. Jag tycker dock att det är viktigt för uppsatsen att diskutera hur femininitet och maskulinitet ses ur ett normperspektiv. Det här är viktigt eftersom det har inverkan på hur man ser på respektive köns sexualitet och att man också gör skillnad mellan de två. Att kvinnans sexualitet ses annorlunda från mannens kan ses i ljuset av att den heterosexuella kvinnan ska vara och traditionellt sätt är omvårdande och givande (Magnusson & Marecek, 2010: 165). Det här influerar således hur man ser på kvinnans sexualitet; hon ska vara omvårdande och givande, det vill säga att hon exempelvis har sex med sin man trots att hon inte vill för att mannen är i stort behov av sex (Magnusson & Marecek, 2010: 165). Det här påverkar självklart hur

kvinnan ser på sig själv och sin sexualitet, men också hur den ses utifrån och vad som således förväntas av henne.

## 2.3 Problemrepresentation

Problemformuleringsprivilegiet utgår från, som namnet antyder, att någon har ett privilegium i att formulera vad ett specifikt problem är. Lars Gustafsson myntade begreppet under 80-talet med sin bok *Problemformuleringsprivilegiet*. Med denna teori utgår han till viss del från Gramscis hegemonibegrepp.

Man kan, enligt denna teori, eventuellt vara eniga om att ett problem existerar, men därtill finns det olika tolkningar för vad det problematiska i problemet verkligen är (Gustafsson, 1989: 41). Det här gör att det finns ett interpretativt element till hur man definierar ett problem som är baserat på den subjektiva uppfattningen av detsamma (Kingdon, 2003: 110). Ett område i samhället där problemformuleringsprivilegiet är extra tydligt är inom medicin. Där finns tydliga gränsdragningar mellan vad som är en tillåten eller otillåten problemformulering. Det leder i sin tur till att nya problemformuleringar möter stort motstånd innan de bli accepterade (Gustafsson, 1989: 42). Gustafsson menar att sättet man formulerar ett problem påverkar hur detta problem blir bemött. I och med det ligger det en makt i att formulera problem. När ett problem formuleras kvarhåller man en hel begreppsapparat i en hegemoni som annars skulle ha blivit lämnad (Gustafsson, 1989: 8). Makten i problemformuleringen ligger således i att vissa blir privilegierade på andras bekostnad, beroende på hur problemet blir definierat (Kingdon, 2003: 110).

Värden spelar en stor roll i hur problem definieras. När ett fenomen eller en situation inte lever upp till de värden som står som norm uppstår ett problem (Kingdon, 2003: 110). Vilka värden som utgör normen kan naturligtvis skifta beroende på exempelvis ideologi och därmed kan samma fenomen ses ur olika synvinklar och därmed definieras problemet på olika sätt. Utöver detta är det också av stor vikt hur ett problem kategoriseras. Beroende på kategori kommer problemet att uppfattas på olika sätt. Kategorier strukturerar människans upplevelse varför kategoriseringen spelar stor roll (Kingdon, 2003: 111).

I ljuset av problemformuleringsprivilegiet, och att hur ett problem representeras har direkt konsekvens för hur ett problem kommer att bemötas, har Carol Bacchi utvecklat ett analysverktyg som hon kallar *what is the problem represented to be?* (WPR). WPR är utvecklad för att kunna analysera policies ur ett feministiskt och poststrukturalistiskt perspektiv. Centralt är därför att leta efter det som inte sägs, eller det som sägs implicit. Jag kommer att använda WPR-ansatsen för att utröna just detta ur mitt material.

Vad ett problem är inom WPR-ansatsen skiljer sig något från vad vi i vardaglig mening menar med ett problem. Problem betyder här förändringen som är underförstådd i en viss policy (Bacchi, 2009: xi). Med andra ord blir det underförstådda man försöker lösa med en policy själva problemet. Därför måste det första vi frågar oss när vi gör en analys vara vad det underliggande problemet

är (Bacchi, 2009: 2). Ett policyproblem kan med andra ord komma att framställas på många olika sätt, beroende på vem som definierar problemet. Som Bacchi menar: "[...] rather than *reacting* to 'problems', governments are *active* in the creation (or production) of policy 'problems'" (2009: 1). Det som är det underförstådda problemet är sällan det som explicit sägs vara ett problem. WPR menar att vi styrs genom problematiseringar och att det därför är av stor vikt att undersöka dessa problematiseringar genom att analysera representationen av problemet snarare än vad som sägs vara problemet (Bacchi, 2009: 25). Det är alltså viktigt att synliggöra hur ett problem representeras eftersom det i representationen är inbyggt vem som bär ansvaret. Ett sådant synliggörande möjliggör för ett ifrågasättande för hur ansvarsfördelningen är uppdelad och vilka effekter som kommer med en sådan uppdelning (Bacchi, 2009: 17).

För att kunna analysera en policyfråga har Bacchi tagit fram sex frågor vilka man ska applicera på den aktuella frågan. De är som följer:

1. Vad är problemet som representeras i den specifika policyn?
2. Vilka antaganden är underliggande i problemrepresentationen?
3. Hur har problemrepresentationen uppkommit?
4. Vad ses som oproblematiserat i problemrepresentationen?
5. Vilka effekter har problemrepresentationen?
6. Hur/var produceras och vidmakthålls problemrepresentationen?

(Bacchi, 2009: 48)

Tanken är att applicera frågorna på hur problemet framställs för att på så vis belysa vad som implicit menas vara problemet. Här blir det centralt att utvärdera vilka meningar och koncept en problemrepresentation vilar på och därigenom möjliggöra förståelse för vad som antas, vad som tas för givet och vad som utlämnas (Bacchi, 2009: 5ff). Vidare menar Bacchi att den överväldigande majoriteten av problemrepresentation idag ser individen som huvudansvarig (Bacchi, 2009: 7). I och med det avsäger man sig ansvaret för att finna en lösning på problemet. Därtill kan individen komma att skuldbelägga sig själv.

Jag kommer dock inte endast applicera denna modell på policys utan ser med fördel hur denna kan komma att appliceras på artiklar, så länge det är ett problem och en lösning som framträder i materialet.

WPR-ansatsen ställer sig, liksom den kritiska diskursanalysen, på den svagas eller utsattas sida. Den ser att vissa problemrepresentationer kan vara till gagn för vissa grupper i samhället men då på bekostnad av andra (Bacchi, 2009: 44). Det här leder således till att den som har företräde till att definiera ett problem också har företräde till att lösa problemet, vari stor makt ligger.

## 3 Diskursanalys som metod

Jag kommer i min uppsats ägna mig åt ett kvalitativt fallstudium där kvinnors samlagsmårta utgör fallet. För att söka svar på min ställda fråga kommer jag använda mig av Faircloughs kritiska diskursanalys. Den kritiska diskursanalysen har för avsikt att skärskåda maktrelationer som finns i samhället och att formulera normativa perspektiv där man kan kritisera maktrelationerna och på så sätt jobba mot en social förändring (Fairclough, 2001b: 1). Det här står i riktning med vad jag ämnar göra med min uppsats varför jag anser denna typ av diskursanalys som mest relevant.

### 3.1 Kritisk diskursanalys

Den kritiska diskursanalysen, till skillnad från de flesta andra typer av diskursanalys, skiljer mellan diskursiv praktik och annan social praktik. Det här medför att innebörden av ”diskurs” är något smalare i den kritiska diskursanalysen, än i exempelvis Laclau och Mouffes diskursanalys, då den är begränsad till text, tal och andra sociala tecken, så kallade semiotiska mönster, så som tv-program, reklam, gester och mode. Således bildas ett dialektiskt förhållande mellan den diskursiva, semiotiska, praktiken och andra sociala praktiker och på det sättet konstituerar de två varandra. På det här sättet reproducerar och förändrar de två praktikerna varandra och tillsammans så konstituerar de vår omvärld (Fairclough, 2001a: 234).

Fairclough utvecklade tidigt ett tredimensionellt ramverk som verktyg för att kunna analysera utsagor. I en tredimensionell analys blir kontexten mer framträdande vilket är en förutsättning för den kritiska diskursanalysen. Senare kompletterade Fairclough denna med en femstegsmodell. Tanken med femstegsmetoden är att ge en djupare förståelse för språkbruket inom ett tredimensionellt ramverk.

#### 3.1.1 Den tredimensionella modellen

Den kritiska diskursanalysen centreras kring två saker, nämligen den kommunikativa händelsen, det vill säga ett fall av språkbruk (ex. policy, rapport eller artikel), och diskursordningen, vilket innebär den typ av diskurs som används inom en social institution eller domän (Fairclough, 2001b: 21).

Varje fall av en kommunikativ händelse har tre dimensioner:

- Den är en text (tal, skrift, bild eller en blandning av det språkliga och visuella)
- Den är en diskursiv praktik, som innebär produktion och konsumtion av texter
- Den är en social praktik (Fairclough, 2001b: 21).

I den sista dimensionen ska den kommunikativa händelsen ses i ljuset av den sociala kontext den verkar inom. Det här för att visa att människors vardag konstrueras av gemensamma regler. Eftersom Fairclough menar att den sociala praktiken både är uppbyggd av diskurser såväl som av andra sociala praktiker är det därför viktigt att här komplettera med andra teorier (Fairclough, 2001b: 18 ff).

Den kritiska diskursanalysen centreras kring tanken att diskurser ofta ser väldigt lika ut inom en genre då Fairclough menar att textförfattare bygger sin diskurs på redan existerande diskurser; på samma sätt använder textmottagaren redan existerande diskurser i sin konsumtion och tolkning av texten (Fairclough, 2001b: 18 ff; Fairclough, 2001a: 234-235).

Den kritiska diskursanalysen ämnar således belysa och kartlägga förbindelserna mellan språkbruk och social praktik. Målet är med andra ord att se den diskursiva praktikens roll i upprätthållandet av den sociala ordningen och i den sociala förändringen. Alltså formar och omformas en kommunikativ händelse av den sociala praktiken den är del av genom dess förhållande till den rådande diskursordningen (Fairclough, 2001b: 14 ff).

### 3.1.2 Femstegsmodellen

För att få en djupare förståelse för en kommunikativ händelse inom det tredimensionella ramverket appliceras Faircloughs femstegsmodell som har utvecklats för att samvariera med det tidigare ramverket. De fem stegen i modellen är:

1. Identifiera ett socialt problem
2. Identifiera hinder för att lösa problemet. Syftet här är att förstå hur ett problem tillkommer och hur det är rotat i hur den sociala världen är uppbyggd. Vad är det som gör problemet svårbehandlat?
3. Behöver den sociala ordningen problemet? Frågan här är om de som är mest privilegierade på grund av hur den sociala världen är uppbyggd har något intresse av att problemet inte blir löst.
4. Identifiera möjliga sätt att komma förbi hindret. Detta steg är starkt sammankopplat med steg två. Här letar man efter oupptäckta sätt att förändra hur den nuvarande sociala världen är uppbyggd.

5. Reflektera kritiskt kring den egna forskningen. Här bör analytikern reflektera över sina egna ståndpunkter och sociala positionering och hur detta kan ha påverkat analysen (Fairclough, 2001a: 236).

För den kritiska diskursanalysen är alltså kontexten av stor betydelse. Det är viktigt att kunna sätta diskuren i ett sorts ramverk för att på så sätt kunna analysera det. Jag kommer att behandla dessa fem steg genom uppsatsens gång. Det första steget i vilket man ska identifiera ett problem har jag till stor del redan gjort i uppsatsens första kapitel. Det andra steget kommer jag att behandla i uppsatsens analysdel där jag jämför tre olika diskurser. De två nästkommande stegen tas upp i uppsatsens jämförande del såväl som i slutsatsen. Avslutningsvis kommer jag att reflektera kring min egen analys.

## 3.2 Material

Valet av material är till mångt och mycket ett interpretativt val. Det påverkas av vad man själv finner relevant liksom vad som är aktuellt i samhällsdebatten (Bacchi, 2009: 54). Som kvinna ser jag stor vikt vid att samlagssmärta tas på allvar och får de resurser den kräver. Dessutom ser jag att detta är en del i något större, nämligen en marginalisering av kvinnor som jag själv många gånger upplevt. Kvinnors sexuella ohälsa har också nyligen blivit mer uppmärksammat i samhällsdebatten genom kampanjer på internet. Det är i ljuset av detta som jag väljer mitt material som kommer vara av olika karaktär. Jag kommer främst att använda mig av vetenskapliga artiklar som behandlar ämnet. Främst intresserar jag mig för att undersöka hur diskursen ser ut ur olika perspektiv, det vill säga ett biomedicinskt, ett biopsykosocialt samt ur ett subjektivt där kvinnornas egna upplevelser är centralt. Jag kommer utgå från artiklar som representerar dessa perspektiv för att kunna kontrastera dem och sedan utröna vilket av dessa som besitter problemformuleringsprivilegiet och effekterna därav. Artiklarna är valda på grundval av att de tydligt representerar det angivna perspektivet. Artiklarna kommer närmare presenteras i anslutning till analysen.

## 4 Analys

Diskursanalysens första steg har jag redogjort för i uppsatsens första kapitel liksom satt det identifierade problemet i en kontext. Problemet kan identifieras som den sociala praktiken kring kvinnors samlagssmärta. Den sociala praktiken liksom representationen av den är problematisk på många sätt eftersom den marginaliserar kvinnors sexuella ohälsa och skuldbelägger kvinnorna. Det här leder till att kvinnor inte får adekvat hjälp med sina problem. Vidare återfinns problemet i hur samlagssmärta representeras. Smärtan representeras konsekvent som ett symptom och som ett mysterium. Detta kommer framgå i den kommande analysen. I framställningen av problemet är det så illusoriskt och svårlöst att skuld indirekt läggs på kvinnorna själva. Det finns ingen konsensus i hur problemet uppstått eller hur det bör lösas (Binik, 2005: 17).

I det följande kapitlet kommer jag att utröna diskurserna som jag finner representerar olika infallsvinklar på problemet. I diskurserna kommer jag söka efter hur problemet representeras, vilka lösningar som föreslås liksom vad som uteblir från diskursen eller är en implicit del av diskursen. Det kan exempelvis handla om normen för sexualitet.

### 4.1 Den biopsykosociala

Artikeln som kommer representera det biopsykosociala synsättet på samlagssmärta heter *Understanding Sexual Pain: A Cognitive-Motivational Account*. Det artikeln driver allra starkast är behovet av att titta på motivationen och viljan till sex såväl som vikten av kvinnans relation till sin partner. Det är en översiktsartikel som presenterar en modell för att förstå samlagssmärta ur ett motivationsperspektiv. I korthet går modellen ut på att en del kvinnor avstår från sex för att reducera eller undvika smärta. Det är effektivt på kort sikt men har negativa långsiktiga konsekvenser. Artikeln framhäver en paradox där andra kvinnor med samlagssmärta fortsätter att ha penetrerande sex trots att det gör ont och uthärdar därmed smärtan. Författarna menar att det kan förklaras genom att dessa kvinnor inte ser sex som ett mål i sig utan som ett sätt att uppnå känslomässig intimitet. Därmed, menar artikeln, hänger samlagssmärta ihop med de relationella delarna av kvinnans liv. Därför har dessa kvinnor sex med önskan att tillfredsställa sin partner och att vidmakthålla bilden av att vara en normal kvinna och att undvika skuld känslor och rädsla för att förlora sin partner.



Artikelförfattarna menar att avstå från sex kan orsaka negativa känslor och öka fokuseringen på penetrerande sex (Dewitte et al, 2010).

Artiklar som denna befäster en syn som är dominerande i samhället idag, nämligen att man som kvinna ska ställa upp för sin man och att sex aldrig ska vara något negativt. Det kan bero på att sex historiskt sätt har varit tabubelagt och därför svårt att diskutera öppet. Att artikeln vidmakthåller ett sådant synsätt kan ses i ljuset av legitimitet; artikeln är redan kritisk i sig själv så för att få större tyngd bör den inte gå emot de rådande normerna. Trots att man aktivt försöker få in fler aspekter som kan påverka kvinnan, så som psykologiska eller sociala förklaringsfaktorer, så står hon ändå i kontrast till normen.

Artikeln diskuterar hur rädsla för smärta kan komma att vidmakthålla smärtan på lång sikt. Annorlunda uttryckt menar de att smärta vid penetrering ökar på självuppfyllande vis på grund av de psykologiska reaktionerna. Vidare försätter artikeln redogöra för en undersökning där man tittat på kvinnors upplevelse av smärta och korrelationen till genital upphetsning. Där fortsätter artikeln:

Genital responsiveness was, however, not different in women with dyspareunia compared to healthy controls, although they did report lower subjective arousal. Note that such discordance between physiological (i.e., genital) and psychological (i.e., subjective experience of) sexual arousal is commonly observed in women. (Dewitte et al, 2010: 1).

Det här citatet får kvinnan att verka som avvikande. Hon framställs som annorlunda och som någon som inte uppfyller normen. Det här citatet säger också implicit att män i stort sätt alltid är lika upphetsade mentalt som genitalt, vilket leder till att de män som inte uppfyller den normen ses som avvikande och kan därmed få känslor av skam och utanförskap. Att befästa en sådan här syn på sexualitet och upphetsning är alltså problematisk på flera sätt.

Artikeln menar vidare att kvinnor med samlagssmärta kan ha både positiva och negativa upplevelser i samband med sexuell stimuli, vilket då skulle göra kvinnor ambivalenta (Dewitte et al, 2010: 2). Här dras slutsatsen att skillnaden mellan kvinnor med och utan samlagssmärta ligger i motivationen, det vill säga viljan att ha sex, snarare än i huruvida de tycker om att ha sex eller inte. Det kan tolkas som att kvinnorna inte är tillräckligt motiverade eller inte har tillräckligt stor vilja till att ha vaginalt penetrerande sex (Dewitte et al, 2010: 2). Ett sådant uttalande kan på många sätt förminska kvinnan själv, då samtal med kvinnor ofta visar på att de faktiskt har en väldigt stor vilja, men inte kan (Farrell & Cacchioni, 2012: 331) Vidare sägs det implicit att det är kvinnans eget fel, eller att problemet ligger hos hennes själv, eftersom det är hennes vilja det är fel på.

Artikeln fortsätter med att diskutera kvinnor som väljer att ha penetrerande sex trots sin smärta. De menar att anledningen till att de utsätter sig för smärtan bottnar i att de vill tillfredsställa sin partner, undvika konflikt, att upprätthålla en bild av att vara en normal kvinna, att de gör de ur rädsla för att bli lämnade eller på grund av känslor av skuld. Här menar man alltså att kvinnorna utsätter sig för smärta för att undvika negativa effekter som möjligen skulle komma med en

önskan att inte ha sex (Dewitte et al, 2010: 2). Det här är förstås mycket problematiskt eftersom dessa kvinnor har sex som orsakar smärta för att behålla en god relation och vara till lags och väcker därmed en fråga om samtycke. Detta problematiseras dock inte alls i artikeln. Om man ser till den normstruktur som finns när det kommer till sexualitet är det förväntat av kvinnan att ställa upp och ta hand om sin partner då hon ska stå för det omhändertagande och omvårdande (Magnusson & Marecek, 2010: 165). Det här går alltså ut över hennes eget välmående då hon måste genomgå smärta i rädsla för att bli lämnad eller anses vara onormal. Här påvisas det alltså att förväntningarna ligger i att kunna ha penetrerande samlag och att en ovilja till det anses onormalt och avvikande. Kvinnorna blir med andra ord stressade till att ha sex för att uppnå normen, men när detta sker med smärta blir det till en sorts självuppfyllelse. Om man fortsätter att ha sex trots att det gör ont kommer det att göra ont i fortsättningen också, enligt artikeln själv (Dewitte et al, 2010: 1). Därför blir det således ett stort problem när normen förväntar sig kvinnor att bete sig på ett visst sätt som därtill är baserat på bilden av den manliga sexualiteten.

När artikeln fortsatt diskuterar varför en del kvinnor väljer att utså smärta menar författarna att det är viktigt för kvinnan med intimiteten samlaget bär med sig. Därtill menar de att kvinnans relation är viktig att ta med i beräkningen när man tittar på kvinnors samlagssmärta:

Because relational intimacy is an important motive in women's sexuality and sexuality itself often takes place in a systematic interaction, research on sexual pain should also include a relational perspective when striving to explain and amend sexual pain problems (Dewitte, 2010: 2).

Med den här meningen särskiljer man på kvinnor och mäns sexualitet. Man säger att kvinnor har sex för att uppnå intimitet i sin relation och menar då implicit att det inte är viktigt för män. Återigen problematiseras inte normen, heller talas det inte om några alternativ till hur en sådan intimitet skulle kunna uppnås utan penetrerande sex. Utöver det befäster ett sådant uttalande normen för sex som penetrerande vaginalt samlag istället för att problematisera normen eller ge andra ingångar till hur intimitet med sin partner kan uppnås.

Avslutningsvis fasthåller artikeln vikten av att hjälpa dessa kvinnor genom att jobba med smärtekognition, sexuellt självförtroende, kontextvariabler samt motivation och lägger extra stor emphasis vid hur man inte får glömma bort det relationella när man behandlar kvinnor med samlagssmärta (Dewitte, 2010: 3). I och med ett sådant ståndtagande utgår man från att kvinnor med denna problematik lever i ett monogamt förhållande där det finns en partner att ha i åtanke. Trots att de inte explicit uttrycker att partnern är en man uttrycker de att behandlingen ska sträva efter att uppnå optimal sexuell funktion vilket definieras som smärtfritt vaginalt penetrerande samlag (Dewitte, 2010: 3). Här håller man fast vid att det normala är att vara i ett heterosexuellt förhållande där man ägnar sig åt penetrerande sex. Allt annat än detta blir då per automatik avvikande. Därutöver kan det finnas många fler orsaker till att kvinnor söker vård för sin

smärtproblematik, då smärtan också upplevs vid andra aktiviteter så som tamponganvändning.

## 4.2 Den biomedicinska

För att representera en mer biomedicinsk infallsvinkel använder jag mig av artikeln *Vulvar Vestibulitis Syndrome: A Clinical Approach*. Artikeln utgår genomgående från ett kliniskt perspektiv och hävdar vikten av att en kvinna som lider av samlagssmärta så fort som möjligt ska söka vård annars riskeras att smärtan blir kronisk. Eftersom det är en artikel med ett biomedicinskt perspektiv diskuteras endast vestibulit, vilken är den mer biologiskt betingade formen av samlagssmärta. Trots att artikeln har en klinisk infallsvinkel och ser samlagssmärta ur ett rent biologiskt perspektiv så framhåller den även att behandling för vestibulit måste vara flerdimensionell. I det här fallet menas då att man måste ta hänsyn till biologiska, psykos sexuella och relationella aspekter vid behandlingen, dock alla ur ett kliniskt perspektiv (Graziottin & Brotto, 2004: 128). Artikeln menar vidare att en helt lyckad behandling bör resultera i att kvinnan återfår ett tillfredsställande sexliv (Graziottin & Brotto, 2004: 129). Vad som menas med ett ”tillfredsställande sexliv” är dock oklart. Det fastställs att kvinnor som lider av vestibulit upplever ökad smärta när de kysser, kramas eller på något annat sätt blir upphetsade exempelvis av en dröm eller liknande (Graziottin & Brotto, 2004: 128). Därmed utgår artikeln ifrån att samlagssmärta är en biologiskt betingad sjukdom. Det här problematiseras dock inte i artikeln. Det diskuteras inte varför en kvinna skulle uppleva mer smärta när hon blir upphetsad. Enligt den psykosociala modellen skulle det här exempelvis kunna bero på rädsla för att känna smärta vid penetrering vilket förväntas inträffa i samband med upphetsning och sex (jmf Dewitte et al, 2010). Istället letas efter biologiska orsaker till detta.

Utgångspunkten för artikeln är att kvinnor som lider av samlagssmärta lever i ett heterosexuellt parförhållande där penetrerande sex är det ultimata. Eftersom samlagssmärta är något som till största del påverkar unga kvinnor (Laumann, Paik & Rosen, 1999), kan det antas att många inte lever i ett fast förhållande. Artikeln säger implicit att för att kunna uppleva samlagssmärta måste man ha en partner för att på så vis uppleva smärtan (Graziottin & Brotto, 2004: 130). Ingen hänsyn tas till kvinnor som väljer att inte leva i ett monogamt förhållande. Heller visas ingen hänsyn till att kvinnor i själva verket upplever denna smärta i andra sammanhang, utöver penetrerande sex.

Artikeln framhåller hur komplext problemet med vestibulit är och att det är mycket oklara mekanismer som ligger bakom uppkomsten och beståendet av kvinnornas smärta. Möjliga orsaker till samlagssmärta som artikeln tar upp inkluderar immunsystemets respons, överkänslig hud, allergier, kronisk nervsmärta, genetiska markörer och riskfaktorer samt hormonell obalans (Graziottin & Brotto, 2004: 129).

Trots att denna infallsvinkel på samlagssmärta försöker innefatta olika faktorer som måste tas hänsyn till i behandlingen kvarstår en uppdelning mellan faktorerna. Man visar att det finns en tro att den biologisk, psykosexuella och den relationella aspekten är relaterade till varandra, men inte på ett vis där de skulle interagera med varandra och på så vis förstärka eller kvarhålla smärtan. Tydligt i artikeln blir att det biologiska är det som tar överhanden. Det framgår till exempel när man talar om de psykologiska aspekterna av smärtan. De menas vara viktiga eftersom de kan påverka det medicinska problemet (Graziottin & Brotto, 2004: 134). Som en konsekvens av detta blir inte de andra aspekterna integrerade i förståelsen av samlagssmärta eller i behandlingen av den.

Artikeln framhåller att det är viktigt att se till relationen kvinnan lever i och vilken påverkan den kan ha på hennes smärta. Ingenstans tar man hänsyn till att det istället skulle kunna vara en konsekvens av en övergripande struktur av sexualitet och genustillhörighet som är socialt konstruerad.

Det läggs även tonvikt på att ge en medicinsk förklaring till samlagssmärtan. Artikelförfattarna menar att det genom en tydlig förklaring till de biologiska faktorerna som är bakomliggande smärtan gör att partnern får en större förståelse för kvinnans smärta och blir då mer stödjande till skillnad från innan den biologiska förklaringen då förståelsen snarare var att smärtan var i kvinnans huvud och därmed bara en ursäkt till att inte ha sex (Graziottin & Brotto, 2004: 136). Här menar man alltså att det är en fördel för kvinnan att medikalisera hennes problematik, då den lättare bli accepterad om det finns en biologisk förklaring. Därutöver förutsätts kvinnan ha en partner som därtill inte är av stödjande karaktär då partnern är oförstående av problemet så länge det inte har getts en tydlig och enkel förklaring med anknytning till biologin.

Diskursen kring det medicinska problemet visas också med hjälp av olika figurer där smärta utgör y-axeln och tid x-axeln. Figuren har för syfte att visa hur smärtan går från att vara nociceptiv, det vill säga grundar sig i en vävskada, till neuropatisk som grundar sig i en nervskada (Graziottin & Brotto, 2004: 127). Det kan ses som ett kliniskt och medicinskt sätt att ta sig an smärtproblematiken. Den positivistiska vetenskapsteorin blir tydligt genomlysande i figurer som denna, där verkligheten förenklas med symboler.

Det biomedicinska perspektivet förminskar sammanfattningsvis problematiken kring samlagssmärta till att vara ett biologiskt och medicinskt problem. Trots att detta perspektiv till viss del tar upp andra aspekter så som psykosexuella och relationella, knyts de ändå till hur de påverkar de biologiska processerna. Helheten går därmed förlorad och kvinnan ses som vilken kropp som helst.

### 4.3 Kvinnors subjektiva upplevelser

I artikeln *Early Dyspareunia Experience in Young Women: Confusion, Consequences, and Help-seeking Barriers* intervjuas 14 unga kvinnor angående sin samlagssmärta. Artikelns avsikt är att skapa förståelse för kvinnornas

subjektiva uppfattningar av sina problem för att på så vis utröna de kognitiva-, emotionella- och beteendeprocesserna i samband med samlagssmärta. Artikel framhåller vikten av att lyssna till unga kvinnors egna utsagor då samlagssmärta är överrepresenterat i denna grupp (Donaldson & Meana, 2011: 815).

I artikeln återfinns några övergripande teman som går att utröna från kvinnornas egna utsagor. Min analys av texten framhåller tre teman vilka är att de (1) inte ser sig som ”riktiga” kvinnor, (2) får dåligt samvete och känner sig otillräckliga gentemot sin partner vilket leder till en rädsla att bli övergivna eller bedragna. Övergripande är också att de (3) inte har tilltro till sjukvården.

Att kvinnorna inte ser sig själva som normala, eller som ”riktiga” kvinnor speglas i deras frustration över att inte kunna eller vilja ha penetrerande sex. De upplever att bristen på samlag håller tillbaka den emotionella delen av förhållandet (Donaldson & Meana, 2011: 818). Kvinnorna uppger också en stark känsla av frustration och melankoli över att inte kunna eller vilja ha penetrerande sex. Rädsla för att deras partner ska tro att det bara är en bortförklaring är en återkommande känsla liksom irritationen över att vara upphetsad men ändå inte kunna genomföra ett samlag (Donaldson & Meana, 2011: 819).

Vidare är den relationella delen av smärtan av stor vikt för dessa kvinnor. De känner rädsla för att bli övergivna eller bedragna av sina partners. Flera kvinnor berättar också att de är rädda att deras partner ska hitta en kvinna som kan och vill ha penetrerande sex. Vissa av kvinnorna kan också märka frustrationen hos sina partners när de inte kan ha sex. En kvinna berättar att när hon har sagt nej till sex till sin partner två dagar i rad märker hon en avsevärd skillnad i hans humör. En annan kvinna berättar att om hon avbryter samlaget på grund av sin smärta blir hennes partner arg. Det här i sin tur påverkar henne negativt då hon får dåligt samvete gentemot honom (Donaldson & Meana, 2011: 819).

De flesta kvinnorna i studien hade inte sökt hjälp, från vare sig sjukvård, internet, vänner eller familj (Donaldson & Meana, 2011: 817, 819, 820). Det kan ses i ljuset av skam och ett undvikande beteende. Flera av kvinnorna hade tilltro till att problemet skulle gå över av sig självt. Andra trodde inte att det fanns något sätt att bota problemet på och såg därför inte behovet av att söka hjälp, medan det också fanns en rädsla för att få sina farhågor bekräftade av en läkare (Donaldson & Meana, 2011: 820).

De två första temana visar på en heteronormativ kultur. Det kan förstås utifrån att kvinnorna känner sig otillräckliga och avvikande när de inte ägnar sig åt penetrerande samlag. Då kvinnors sexualitet ses som ett komplement till mannens, där kvinnan ska vara omhändertagande och givande och därmed se till mannens sexuella behov (Magnusson & Marecek, 2011: 165), blir de kvinnor som inte vill eller kan ha penetrerande sex och därmed inte kan uppfylla sin partners eventuella behov avvikande. Att inte kunna leva upp till denna norm påverkar således dessa kvinnor negativt.

Det tredje temat, att inte känna tillit till vården, är också problematiskt. Kvinnorna hade liten förförståelse till sina egna problem. De visste exempelvis inte att samlagssmärta ses som en vedertagen diagnos och tron till att smärtan skulle gå över av sig självt visar också på okunskap kring problematiken (Donaldson & Meana, 2011: 817-818). Att kvinnornas skam stod i vägen för att

våga tala med familj och vänner om problemet visar på hur stigmatiseringen av de negativa sidorna av samlag upplevs i samhället. Kvinnorna höll därför sina problem för sig själva och sökte därmed aldrig vård. Artikelförfattarna menar själva här att det bland annat kan vara ett problem att smärta under samlag inte har konceptualiserats som ett medicinskt problem varför kvinnorna inte hade tilltro till att de skulle kunna få hjälp i sjukvården (Donaldson & Meana, 2011: 821). Att kvinnorna inte hade någon eller mycket begränsad kunskap om sin egen problematik lyfter frågan om makt. I det här fallet kan kvinnorna ses som maktlösa.

## 4.4 En jämförelse

När man kontrasterar dessa tre diskurser finns det tydliga skillnader och likheter. Skillnaderna ligger ytters i hur man väljer att konceptualisera och kategorisera samlagssmärtan. Den biopsykosociala och den biomedicinska diskursen framhåller smärtan som ett mysterium som är svårlöst och väldigt komplext, men vanligt förekommande hos kvinnor. Däremot återfinns en stor skepticism i kvinnornas egen diskurs där de ser sig själva som avvikande till och med till den grad att de inte vågar tala om det med vänner eller ens sjukvårdspersonal. I den diskursen syns istället ett hopp om att problemet ska gå över av sig självt. Gör det inte det finns det ändå inget hopp om att sjukvården skulle kunna hjälpa till.

Det som är slående lika mellan samtliga diskurser är heteronormen samt att kvinnan ifråga lever i ett fast förhållande. Genomgående är målet att uppfylla den norm där vaginalt penetrerande sex ses som det ”riktiga” sexet. Det är också tydligt att det är denna norm som orsakar mest stress hos kvinnor med samlagssmärta och som därmed leder till negativa känslor och sämre välbefinnande. Tydligt blir här behovet att medikalisera samlagssmärtan för att legitimisera problemen både för kvinnan själv men också inför andra. Om det finns en riktig diagnos skapas tilltro till att man inte är den enda som lider av liknande problem. Därutöver bildas också hopp om att det finns ett sätt att bota sjukdomen man har blivit diagnostiserad med istället för att se det som ett ändlöst mysterium som är svårlöst.

Det har i några år förts en kamp mellan den biomedicinska och den biopsykosociala skolan över hur samlagssmärta ska konceptualiseras och behandlas. Man kan säga att det har förts en diskursiv kamp mellan framförallt dessa två sätt att se på samlagssmärta. Vilken är det då idag som är den som kan ses som den hegemoniska diskursen? För att utröna detta måste jag se till kontexten dessa diskursen befinner sig inom och därtill se vilken diskurs som är mest framträdande på andra arenor än den akademiska.

Det har traditionellt sätt inte talats mycket om samlagssmärta i den offentliga diskursen varför det är svårt att tillgodogöra sig hur den allmänna diskursen ser ut. Exempelvis är det svårt att hitta några politiska uttalanden, men kanske mer oroväckande är svårigheten i att ens hitta riktlinjer eller policys från myndigheter. Besöker man till exempel socialstyrelsens hemsida, där de själva säger att

”Socialstyrelsen arbetar för medborgarnas bästa och vårt uppdrag är att värna hälsa, välfärd och allas lika tillgång till god vård och omsorg” (Socialstyrelsen), får man inga relevanta resultat när man söker efter samlagssmärta, dyspareunia, vestibulit, sexuell dysfunktion eller genital smärta. Inte heller på Läkemedelsverkets hemsida återfinns någon information under deras behandlingsrekommendationer (Läkemedelsverket).

Däremot har man större tur när man besöker hemsidor som ger råd vid sjukdomsbesvär såsom Vårdguiden, 1177.se, RFSU samt Karolinska universitetssjukhuset. På vårdguidens hemsida definieras samlagssmärta som vestibulit. Det medför att problemet ses som medicinsk och omtalas därefter. Sidan redogör för symptom, orsak och behandling av problemet. Sidan utgår till stor del från att kvinnan som lider av vestibulit lever i en parrelation och rekommenderar därför kvinnan att tala med sin partner och därtill hitta nya sätt att nå intimitet och ha sex på utöver det penetrerande samlaget (Vårdguiden). Synen på samlagssmärta ser liknande ut på de övriga sidorna där vestibulit är det främsta man talar om men framhåller också vikten av de psykologiska och sociala faktorerna. Det blir alltså här tydligt att den övergripande diskursen är biopsykosocial men med huvudfokus på det biologiska. Detta kan också ses i det att dyspareunia och vestibulit har blivit omdefinierade i den nya upplagan av DSM, som kom ut den 18 maj i år, och har istället ersätts med *genito-pelvis pain/penetration disorder* (American Psychiatric Association, 2013: 13-14). Argumentet som används är att dyspareunia och vestibulit var för svåra att särskilja (American Psychiatric Association, 2013: 14). Om samlagssmärtan främst ses som en smärtproblematik kommer den också att mottas och behandlas därefter. Smärtproblem ses ofta som biopsykosociala och behandlas därför inte sällan med kognitivbeteendeterapi (Bessiner et al, 2009: 457) Att samlagssmärtan medikaliseras ses som positivt från många olika håll, även från kvinnorna själva. På det här sättet behöver inte kvinnorna se sig själva eller ses av andra som avvikande, istället lider hon av en sjukdom.

När ett problem medikaliseras så tappar man dock oftast den sociala och strukturella aspekten som direkt kan påverka upplevelsen av sagda problem, i det här fallet samlagssmärta (Conrad, 1992: 223-224) Istället för att fokusera på kvinnans avvikelser kanske man snarare skulle se till sociala bestämningsfaktorer så som övergripande strukturer och konstruktioner. När jag undersökt mitt material och skärskådat problematiken kring samlagssmärtan har det blivit evident att den största faktorn som kvinnor med samlagssmärta lider av är det faktum att hon inte lever upp till den norm som florerar i samhället. I följd därav är det de sociala konstruktionerna gällande genus och sexualitet som skapar rädsla och stress. Därutöver kan kvinnan ses som maktlös när hon själv besitter begränsad kunskap om sin egen smärta.

## 4.5 Slutsats

I uppsatsens första del redogjorde jag för min egen positionering i samband med min uppsats. Trots att min analys utgår från min egen förförståelse och till viss del är subjektiv anser jag ändå att jag har lyckats skärskåda en problematik som är övergripande. Jag har sett hur den rådande heteronormen med penetrerande sex som norm skapar stor stress och lägger därtill stor press på kvinnor som upplever samlagssmärta. Trots att det finns biologiska förklaringar till varför smärta vid samlag kan förekomma verkar det ändå som det till stor del är de psykologiska och sociala aspekterna som vidmakthåller smärtan, det vill säga normen för sexualitet. Detta tillsammans med bristande intresse eller uppmärksamhet har fått konsekvensen att forskning på området varit otillräcklig. För att återknytta till Faircloughs femstegsmodell identifierar jag alltså hindret som heteronormen samt inadekvat forskning.

Huruvida någon vinner på att problemet är olöst är dock en svårare fråga. Här skulle det kunna ses som att ointresset för att hitta en lösning på problemet är ett sätt att marginalisera kvinnor och förminska eller inte uppmärksamma en problematik många unga kvinnor upplever. Det här blir ett sätt att marginalisera denna grupp. Hur man ska ta sig förbi dessa hinder och ge kvinnors samlagssmärta den uppmärksamhet den förtjänar är mångfaciterat. Dels behöver problemet komma upp på agendan. Detta får inte vara något som var kvinna går och bär på själv. När en diskussion kring samlagssmärta kommer upp till ytan och blir mer accepterad kan man anta att där kommer finnas en känsla av lättnad hos kvinnorna som lider av dessa problem av att veta att även andra gör det. Om problemet kommer upp på agendan kan det därtill leda till bättre sjukvård för kvinnor som lider av samlagssmärta. Därutöver skulle det även kunna bära med sig en förändrad syn på den rådande normen och därmed kanske ett omdanande av densamma. Det här kan i sin tur leda till bättre relationer där andra vågar till att nå intimitet är accepterade. Genom att inte lyfta denna fråga på ett aktivt sätt kan en alternativ syn på sexualitet gå förlorad. Därmed vill jag yrka omdanandet av sexualitetsnormen som florerar. Att denna norm skapar så mycket stress hos en stor grupp kvinnor är sannerligen problematisk. Vidare kan denna norm ses som ett resultat av den patriarkala ordning vi lever i vilken privilegierar män på bekostnad av kvinnor. Ytterligare blir forskning centralt. Att kvinnors samlagssmärta ständigt beskrivs som ett mycket komplext problem som är svårlöst blir bekymmersamt. Här ser jag även behovet av att till viss del frångå de biologiska aspekterna och istället fokusera på strukturer och konstruktioner som kan påverka. Därutöver ser jag hur man kategoriserar och representerar problemet med samlagssmärta har stor inverkan och därför är något som måste adresseras. Representationen av smärtan sker på ett sätt där man påvisar liksom Kingdon menar att i en situation med smärta vid samlag så uppnås inte normen för vad samlag ska innebära vilket då leder till ett problem (2003: 110). Eftersom samlagssmärtan kategoriseras som en diagnos som direkt har med samlag att göra påverkar den människans upplevelse av den (2003: 111).



## 5 Avslutande reflektioner

Jag vill börja med att framhålla att jag med denna uppsats främst har haft för avsikt att fylla och uppmärksamma de luckor jag upplever finns när det kommer till kvinnors samlagssmärta. Jag har med andra ord sökt belysa att denna problematik inte kan isoleras och behandlas enbart kliniskt på en gynnottagning utan det är av största vikt att man också ser till samhället i stort för att även där finna förklaringsfaktorer. Eftersom samlagssmärta till viss del är abstrakt, men samtidigt utbrett är det för mig uppenbart att det finns bakomliggande samhällseliga faktorer. Att hur problemet representeras har stor inverkan har också blivit evident. Att finna dessa slutsatser har inte alls varit uppenbart från skrivandets början utan är något som sakta växt fram i samband med mycket läsning och reflektioner.

Trots att min uppsats inte fullt kan ge en helhetsbild av den diskussion och debatt på pågår anser jag ändå att jag kommit fram till värdefulla resultat och därtill besvarat min ställda fråga med hjälp av Faircloughs femstagsmodell. Jag tror också att det är viktigt att se samlagssmärtan som något som påverkar en stor del av befolkningen, snarare än en liten grupp kvinnor. Om 20 % av vuxna kvinnor, främst i åldrarna 19-25 år, lider av samlagssmärta påverkar det inte bara kvinnorna själva utan även de i hennes omgivning. Det här blir således en stor grupp som också är en mycket viktig grupp i samhället idag varför samlagssmärta bör ses som ett större samhällseligt problem.

### 5.1 Förslag till vidare forskning

Som tidigare nämnt är det av avsevärd vikt att forskning försätter och trappas upp beträffande kvinnors samlagssmärta. Där ser jag stor betydelse i forskning som relaterar till de övergripande strukturerna och de sociala konstruktioner som kan påverka kvinnors upplevelse av samlagssmärta. Vidare finner jag det intressant vilka andra områden dessa strukturer och konstruktioner påverkar. Forskning kring detta ser jag därför önskvärt. Även synliggörande för hur dessa skulle kunna upplösas eller omdanas rent praktisk är av intresse.

## 6 Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Highlights and changes from DSM-IV-TR to DSM-V*. American Psychiatric Publishing.
- Bacchi, Carol Lee (2009). *Analysing policy: what's the problem represented to be?*. Frenchs Forest, N.S.W.: Pearson
- Beissner K, Henderson CR Jr, Papaleontiou M, et al. (2009). "Physical therapists' use of cognitive-behavioral therapy for older adults with chronic pain: a nationwide survey." *Physical Therapy* vol. 89, no. 5, p.456-469
- Binik, Yitzchak M. (2005). "Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision". *Archives of Sexual Behavior*, vol. 34, no. 1, p. 11–21.
- Conrad, Peter (1992). "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*, no. 18 p. 209-232
- Dewitte, Marieke; Van Lankveld, Jacques & Crombez, Geert (2010). "Understanding sexual pain: A cognitive-motivational account". *Pain*, vol. 152, no. 2, p. 251-253
- Donaldson, Robyn L. & Meana, Marta (2011). "Early Dyspareunia Experience in Young Women: Confusion, Consequences, and Help-seeking Barriers". *Journal of Sexual Medicine*, vol. 8, no. 3, p. 814-823
- Fairclough, Norman (2001a). "The Discourse of New Labour: Critical Discourse Analysis" i Wetherell, Margaret, Taylor, Stephanie & Yates, Simeon J. (red.). *Discourse as data: a guide for analysis*. London: Sage, in association with the Open University
- Fairclough, Norman (2001b). *Language and Power*. 2. uppl. Harlow: Longman
- Gustafsson, Lars (1989). *Problemformuleringsprivilegiet: samhällsfilosofiska studier*. Stockholm: Norstedt
- Haraway, Donna, 1991. *Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books.
- Magnusson, Eva & Marecek, Jeanne (2010). *Genus och kultur i psykologi: teorier och tillämpningar*. 1. uppl. Stockholm: Natur & Kultur
- Neumann, Iver B. (2003). *Mening, materialitet, makt: en introduktion till diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Laumann, Edward O. – Anthony Paik, Raymond C. Rosen (1999). "Sexual Dysfunctions in the United States – Prevalence and Predictors". *The Journal of the American Medical Association*, vol. 281, no. 6.

- LoFrisco, Barbara M. (2011). "Female Sexual Pain Disorders and Cognitive Behavioral Therapy". *Journal of Sex Research*, vol. 48, no. 6, p. 573-579
- Lundquist, Lennart (1993). *Det vetenskapliga studiet av politik*. Lund: Studentlitteratur
- Läkemedelsverket, Behandlingsrekommendationer,  
<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/> Hämtad: 13/5 2013
- Socialstyrelsen, Om socialstyrelsen,  
<http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen> Hämtad: 13/5 2013
- Vårdguiden, Sjukdomar och råd, Vestibulit (samlagssmärta),  
<http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Vestibulit/> Hämtad 13/5 2013
- Wenneberg, Søren Barlebo (2010). *Socialkonstruktivism: positioner, problem och perspektiv*. 2. uppl. Malmö: Liber
- Winther Jørgensen, Marianne & Phillips, Louise (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur