



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Agentskap hos unga kvinnor med vulvasmärta

Marie Samuelsson
Psykoterapeutexamensuppsats 2015

Handledare: Eva Elmerstig
Examinator: Mats Fridell

Sammanfattning

Smärta vid samlag är ett problem allt fler unga kvinnor söker för, och många studier visar på en utbredd problematik. Trots att många unga kvinnor söker för vulvasmärta, saknas fortfarande teoretiska modeller för de psykosociala mekanismerna bakom problematiken.

Syftet med denna studie var att få ökad kunskap om agentskap hos unga kvinnor med vulvasmärta. Kvalitativa djupintervjuer gjordes med åtta kvinnor i åldern 19-23 år, som upplevt vulvasmärta av den typen som kallas provocerad vestibulodynia, (tidigare vulvavestibulit). Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Analysen utmynnade i fem sub-teman; Egna problem osynliggörs, Andras behov går före, Samlag av andra anledningar än egen lust, Avstånd till egen lust och eget underliv och Kroppen bärare av känslor samt ett övergripande tema; Svårighet med tillit och differentiering.

Slutsats av resultaten visade att agentskap hos unga kvinnor med vulvasmärta samverkar med faktorer som att vara ung, förmåga att känna och uttrycka affekter, förmåga till mentalisering och differentiering. Vulvasmärtan kan i sig påverka möjlighet till sexuellt agentskap, liksom samlagsimperativets syn på vaginalt samlag som ”riktigt” sex.

Nyckelord: Unga kvinnor, vulvasmärta, vulvodyn, provocerad vestibulodyn, agentskap, mentalisering, anknytningsmönster.

Abstract

Many young women seek help for sexual problems such as pain during sexual intercourse, and several studies notes it as a widespread concern. Although an increasing number of women seek professional help for vulvar pain, there is still a shortage of theoretical models of psychosocial components involved in the mechanisms connected to the problem.

The aim of this study was to examine sense of agency in young women with vulvar pain or pain during vaginal intercourse.

Qualitative in depth interviews were conducted with eight women aged 19-23, diagnosed with provoked vestibulodynia. The interviews were audio-taped, transcribed and analyzed with a qualitative content analysis.

Five sub-themes emerged: Own problems are made invisible, The needs of others is prioritized, Having sexual intercourse of other reasons than sexual desire, Distance to one's own desire and genitals, The body as carrier of emotions, and a main theme; Difficulties with trust and differentiation. Conclusions of the results are that the sense of agency in young women with vulvar pain is connected with being young, being able to feel and express emotions, the ability to mentalize and differentiate. Vulvar pain itself could affect ability of agency, just as the coital imperative impact the perception of sexual intercourse as "real" sex.

Keywords: Young women, vulvar pain, vulvodynia, provoked vestibulodynia, agency, sense of agency, mentalization, attachment style.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Smärta vid samlag hos unga kvinnor	5
Diagnostik	5
Orsaksfaktorer	6
Upplevelser och relationella aspekter	7
Ungdomsmottagningar	8
Teori	9
Anknytning och sexualitet	9
Mentalisering och agentskap	12
Närhet och differentiering	14
Agentskap och vulvasmärta	15
Syfte och frågeställningar	16
Metod	16
Undersökningsdesign och deltagare	16
Procedur	17
Analysmetod	17
Etiska överväganden	18
Resultat	19
Bakgrundsbeskrivning av informanterna	19
Temat	20
Egna problem osynliggörs	20
Andras behov går före	22
Samlag av andra anledningar än egen lust	24
Avstånd till egen lust och eget underliv	26
Kroppen bärare av känslor	28
Övergripande tema: Svårighet med tillit och differentiering	29
Exempel på analysarbetet i tabellform	32
Diskussion	33
Tolkning av resultaten	33
Att vara ung	33
Samlagsimperativet	34
Psykisk ohälsa och somatisering	35
Närhet och differentiering	36
Vulvasmärta hinder för agentskap	38
Styrkor och svagheter i studien	39
Studiens användbarhet i behandling av vulvasmärta	39
Förslag till fortsatt forskning	41
Tack	42
Referenser	43
Bilagor	
Bilaga 1: Informationsblad till kollegor	46
Bilaga 2: Informationsblad till deltagare	47
Bilaga 3: Samtyckesblankett	48
Bilaga 4: Intervju-guide	49

Inledning

Smärta vid samlag hos unga kvinnor

Smärta vid samlag är ett problem allt fler unga kvinnor söker för. Många studier visar på en utbredd problematik. För kvinnor i åldern 20-29 år rapporteras prevalens på 13 % (Danielsson, Sjöberg, Stenlund & Wikman, 2003) och för yngre kvinnor bedöms den vara ännu högre. En enkätstudie av Elmerstig, Wijma och Swahnberg (2013) med 1566 kvinnliga deltagare i åldern 18-22 år, visade på att var tredje kvinna upplevt smärta under samlag och att hälften av dessa fortsatte att ha samlag trots smärta. En annan studie (Elmerstig, Wijma och Swahnberg, 2009) visade att 49 % av kvinnor i åldern 13-22 år upplevt smärta under samlag den senaste månaden. En kanadensisk studie (Landry & Bergeron, 2009) visar på kronisk vulvasmärta hos 20 % av kvinnor i tonåren.

En randomiserad enkätstudie bland kvinnor i åldern 18-35 år på två svenska orter visade på smärta vid samlag hos 16 % av de deltagande kvinnorna. Studieresultat visade på att smärtan vid samlag hade stark påverkan på livet i övrigt, inte bara när det gällde sex. Man fann också att många inte sökte hjälp för sina problem och behandlingsresultaten var låga överlag för de som hade sökt hjälp (Thomtén, 2014).

Diagnostik. Den psykiatriska diagnosticeringen av smärtor vid samlag har nyligen reviderats i och med den nya upplagan av DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). I DSM-IV-TR (Mini-D IV, 2002) diagnosticerades smärta vid samlag som dyspareuni. I DSM-5 har man slagit ihop dyspareuni med diagnosen vaginism (muskelkramp i vagina) till en diagnos; Genito-Pelvic Pain/ Penetration Disorder (American Psychological Association, 2013). I och med diagnosernas hopslagning ryms nyckelparometrarna smärta, rädsla och muskelspänning i samma diagnos (Thomten och Linton, 2013). Man har vidare skiljt på djup och ytlig dyspareuni (Rydberg & Engman, 2013) där den typen av smärta vid samlag som behandlas i denna uppsats, är en ytlig form som länge kallats vulvavestibulit. Dock har man mer och mer gått över till använda termen provocerad vulvodyni eller vestibulodyni, då dessa är benämningar för smärttillstånd, till skillnad mot vestibulit som betyder inflammation i vävnaden och därför är missvisande. Definition för provocerad vestibulodyni är: (1) Smärta vid intrång eller försök till intrång i vagina, (2) Kraftig smärta vid tryck eller beröring av slidförgården (vestibulum), (3) Eventuell rodnad av slemhinna, (4) Tillståndet har varat minst 6 månader. Smärtan är svidande, brännande och intensiv till sin

karaktär och ibland kan den kvarstå efter intrång eller beröring (Bohm-Starke & Johannesson, 2013).

Hur man ser på problematiken kring samlagssmärta har den senaste tiden kommit att ändras, från ett smärttillstånd vid samlag till att det är ett smärttillstånd som påverkar möjlighet att ha samlag. Istället för ”samlagssmärta” används därför mer och mer ”vulvasmärta” för att beskriva problematiken (Thomtén, 2014). Bakgrunden är att kvinnor som upplever smärta vid samlag även upplever smärta vid tamponginsättning, gynekologisk undersökning, träning mm. I denna uppsats fortsatta framställning kommer båda begreppen vulvasmärta och smärta vid samlag att användas liksom diagnosen provocerad vestibulodyni där det är anbefallet.

Orsaksfaktorer. Trots den stora andelen unga kvinnor som besväras av vulvasmärta saknas fortfarande full förståelse för problemets orsak, bidragande faktorer och behandling (Ehrström, Kornfeld, Rylander och Bohm-Starke, 2009). De flesta forskare och verksamma är dock eniga om att man måste se på problemen utifrån ett multifaktoriellt perspektiv. Bland vissa forskare, som Thomtén och Linton (2013, 2014), finns en uppfattning om att det saknas teoretiska modeller för de psykosociala mekanismerna bakom problematiken och man vill påtala vikten av att identifiera de psykosociala mekanismerna involverade kring vulvasmärta för att bättre kunna rikta behandlingsinsatser. Det har under det senaste årtiondet argumenterats för att komma bort från att betrakta samlagssmärta utifrån ett sexuellt dysfunktionellt perspektiv och istället som ett smärttillstånd utifrån ett bio-psykologiskt perspektiv (Thomtén, 2014), därav även ändring från samlags- till vulvasmärta.

I en studie publicerad 2008, granskades 20 internationella studier gjorda mellan 1992-2007 kring psyko-sexuella aspekter av provocerad vestibulodyni (Desrochers, Bergeron, Landry & Jodoin, 2008). Av studien framgick att i gruppen som har diagnosen, fanns mer ångest, rädsla för smärta, vaksamhet, katastroftänkande och depression, jämfört med kontrollgruppen. En nyligen publicerad artikel med syfte att belysa psykosociala aspekter av samlagssmärta (Bergeron, Likes & Steben, 2014) beskriver även den att empirisk forskning visat på mer ångest och depression och mer stress över kropp och sexuell självbild hos kvinnor med vulvasmärta. Resultat visar också på samband mellan psykologiska och relationella faktorer och ökad smärta vid samlag.

I en svensk studie jämfördes 43 kvinnor i åldern 18-40 år som hade provocerad vestibulodyni med en kontrollgrupp bestående av 35 kvinnor. Resultaten visade på att kvinnorna med diagnosen hade en högre halt av stresshormonet kortisol i kroppen vid

uppvaknandet på morgonen samt uppgav mer symtom på stress än övriga kvinnor (Ehrström, Kornfeld, Rylander & Bohm-Starke, 2009).

I en kanadensisk undersökning bland 1425 tonåriga flickor (Landry & Bergeron, 2011), jämfördes biomedicinska, beteendemässiga och psykologiska variabler med erfarenhet av smärta vid samlag. Ur det ursprungliga materialet, blev resultatet 51 flickor i smärtgruppen och en smärtfri kontrollgrupp på 167. Resultat visade ingen skillnad gällande biomedicinska variabler. Däremot fanns ett samband mellan samlagssmärta och tamponganvändning samt en skadlig hygienhållning av underlivet. Sexuella övergrepp, rädsla för fysiskt våld och ångest var överrepresenterat i smärtgruppen.

Upplevelser och relationella aspekter. Elmerstigs, Wijmas och Swanbergs studie (2013) med 1566 deltagande, visade på orsakerna till varför unga kvinnor fortsätter att ha samlag trots smärta. Den vanligaste anledningen var att inte vilja förstöra för partnern genom att avbryta. Att låtsas njuta av samlaget uppgav 22 % och 33 % berättade inte om smärtan för partnern. En kvalitativ intervjustudie med 16 kvinnor i åldern 14-20 år (Elmerstig, Wijma & Berterö, 2008), där man ville undersöka varför kvinnor fortsätter att ha samlag trots smärta, visade på ett behov av att bli bekräftade i bilden av en idealkvinna; någon som alltid vill ha samlag och som har kunskap och lyhördhet inför partners sexuella behov. Resignation, uppoffring och skuld känsla framträdde som orsaksfaktorer till att fortsätta ha samlag trots smärta.

En australiensisk kvalitativ studie med djupintervjuer med sju kvinnor med vulvasmärta i åldern 18-41 år visade även den på skuld känslor över att inte kunna tillfredsställa sin partner och att känna sig otillräcklig som partner med skuld- och skamkänslor som följd (Ayling & Ussher, 2008). I denna studie påvisades och diskuterades även resultat kring att vaginalt samlag sågs som det ”riktiga” sättet att ha sex på.

I en brittisk studie med djupintervjuer av åtta kvinnor med vulvasmärta i samma ålder som ovanstående beskriven studie, framträdde tre överlappande teman; *Förlust av kvinnlig och sexuell identitet*, *Betydelsen av sex i ett förhållande* och *Osäkerhet kring diagnosen* (Marriott & Thompson, 2008). I temat kring *kvinnlig och sexuell identitet*, beskrevs minskat självförtroende gällande sex och avundsjuka samt känsla av orättvisa, främst hos de yngre kvinnorna, över att inte kunna ha sex som andra upplevde som något enkelt och naturligt. Temat; *Sex som en betydande del i ett förhållande*, handlade om skuld känslor och oro över att inte kunna leva upp till partners förväntningar med otrohet från hans sida som följd, vilket för en del kvinnor kunde vara anledning till att ha sex trots smärta. Temat kring *osäkerhet*

inför diagnosen handlade om upplevelser av och ilska över att inte bli betrodd när det gällde problematiken med samlagssmärta, hos såväl partners och medicinsk expertis.

Relationen och partners roll för problematiken har också belysts i forskning. I en studie med 121 kvinnor med provocerad vestibulodyni i åldern 18-45 år, där olika självskattningsformulär användes, visade resultat på samband mellan en underlättande partner och lindrande av smärta medan en mer bekymrad partner sammanföll med mer smärta (Rosen, Bergeron, Glowacka, Delisle & Baxter, 2012). I en studie av i stort sett samma forskargrupp, framkom samma resultat. Där hade man bland annat använt dagboksanteckningar från 66 kvinnor med vulvasmärta och deras partners. Partners betydelse i behandlingen var något forskargruppen framhävde som slutsats av studien (Rosen et al., 2014).

Samband mellan sexuell och relationell närhet och intimitet och sexuell tillfredsställelse, funktion och smärtreducering påvisades i en kvantitativ studie med 91 kvinnor med diagnosen provocerad vestibulodyni och deras partners. Forskarna påvisade även här indikation på att väga in känslomässiga och relationella aspekter i behandling av och fortsatt forskning kring problematiken med smärta vid samlag (Bois, Bergeron, Rosen, McDuff & Grégoire, 2013).

Ungdomsmottagningar

Den första Ungdomsmottagningen startades i Borlänge 1970. Huvudmannskapet är oftast på landstingsnivå. Arbetet med ungdomar utgår från en helhetssyn fysiskt, psykiskt och socialt och det övergripande målet är; ”... att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomars identitetsutveckling samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner” (FSUM, s. 2).

Kriterier för en Ungdomsmottagning är minst en personalbesättning av barnmorska, kurator och/eller psykolog och läkare, oftast gynekolog och allmänläkare. De flesta Ungdomsmottagningar har fler kompetenser representerade än så, framför allt en manlig sjuksköterska, ofta vidareutbildad i andrologi för att kunna möta unga mäns behov.

Patientgruppen är flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män i åldern 12-23 år men besöken domineras av ungdomar från 18 år och uppåt. Besöken är kostnadsfria och regleras av sträng sekretess, även gentemot vårdnadshavare. Det innebär att tonåringar kan komma till mottagningen och få hjälp med exempelvis ett preventivmedel utan att en vårdnadshavare informeras, efter att en mognadsprövning gjorts. Utöver preventivmedel kan man exempelvis få hjälp med graviditetstest, tester på könssjukdomar, undersökningar av det egna könet,

samtal, stöd och råd kring sexuella problem. Hos psykosocial personal kan man få stödande och terapeutisk hjälp kring sociala, sexuella och relationella problem samt psykisk ohälsa av olika slag, som depression och ångest.

En del av arbetet på en Ungdomsmottagning, är det utåtriktade, som såväl medicinsk som psykosocial personal deltar i. Nationella riktlinjer är att detta arbete minst ska bestå av att åttondeklasser bjuds in till den närmsta mottagningen för ett studiebesök men utåtriktat arbete sker även på gymnasiet, på fritidsgårdar eller hos riktade grupper som ensamkommande flyktingbarn. Utöver information om vad man kan få hjälp med på en Ungdomsmottagning, informeras om och diskuteras kring ämnen som; pubertet, sex, underlivsanatomi, pornografi och sexuell identitet.

Unga kvinnor med vulvasmärta är en vanlig besöksgrupp bland Ungdomsmottagningar men behandlingsformerna varierar. På en del mottagningar, liksom den där jag är verksam, har man anammat en behandlingsmodell ursprungligen utformad av en barnmorska och en kurator vid Huddinge Ungdomsmottagning (Olsson & Örjes-Svensson, 2006). Modellen bygger på en syn på vulvasmärta utifrån ett helhetsperspektiv där kropp och själ hänger samman och att symtomet, smärtan, kan förstås utifrån kroppens sätt att säga ”nej”. Behandlingen sker utifrån ett hållande, ”holding” i att det är samma personer som den unga kvinnan möter, rutinen är densamma och flera tider bokas regelbundet i följd. Vid varje besökstillfälle träffar kvinnan först barnmorskan där behandlingen består av gynekologisk undersökning, information om bland annat anatomi och sexualfysiologi och uppföljningssamtal kring smörjnings- och avslappningsövningar. Efter besök hos barnmorskan sker en överlämning där barnmorskan följer med patienten in till kuratorn där man tillsammans pratar om vad som kommit fram under samtal och undersökning. Efter överlämningen lämnar barnmorskan och i kuratorssamtalet som följer fördjupas det som framkommit hos barnmorskan och fokus läggs kring att skapa en förståelse för hur det som sker i och runt patienten hänger samman med vulvasmärta. Efter besöket reflekterar barnmorska och kurator tillsammans. Teamarbetet, medicinskt och psykosocialt, blir en representation av komplexiteten och helheten i problematiken kring vulvasmärta. Gynekolog är med i behandlingsteamet i form av konsult som ställer diagnos, utesluter andra gynekologiska tillstånd och förskriver medicinering vid behov.

Teori

Anknytning och sexualitet. Även om anknytningsteori inte är en teori om sexualitet är den viktig i förståelsen för hur vi relaterar till varandra och är central för många som

arbetar med sexologisk problematik. Hazan och Shaver anses ha varit först med att applicera Bowlby's anknytningsteori på vuxna kärleksrelationer och visat på att dessa blir en avspeglning av det känslomässiga bandet mellan barn och dess vårdare (oftast föräldrar). Trots att sambandet mellan sex och anknytning gjordes för länge sedan finns det åsikter om att man alltför ofta missar relationsaspekter i behandling av eller studier kring sexuell funktion och att man ofta missar sexuella variabler i relationsforskning eller i parbehandling (Dewitte, 2012).

Psykologen och psykoterapeuten Inga Tidefors (2012) drar paralleller mellan hur kärleksrelationen kan liknas vid relationen mellan det lilla barnet och anknytningspersonen i form av icke-verbal kontakt med ansikte mot ansikte och hud mot hud. I förälskelsen finns återföreningsbeteenden som eufori, leenden, kramar och önskan om bekräftelse. Tidefors (2012) skriver:

I samlaget är individerna vuxna, men samlaget kan också bli en scen där de kan komma närmast det lilla barn som de en gång har varit, då de i samlaget är fysiskt nära, klängande, klamrande hud mot hud. För vissa kan detta vara reparerande, för andra kan det innebära ett hot att komma i kontakt med plågsamma minnen, och det finns då en risk för att destruktiva impulser bryter igenom (s.85).

”Berätta hur du blev älskad och jag ska säga dig hur du älskar”. Så lyder underrubriken till ett kapitel i en bok av parterapeuten Ester Perel (Perel, 2007, s. 135). I hennes kliniska arbete med pars sexuella problem ser hon det som nödvändigt att undersöka de tidigaste relationerna för att förstå hur bilden av oss själva och andra skapats. Den sexuella åtrån, menar hon, har sina rötter i hur våra tidigaste upplevelser av att njuta, känna tillit eller få ta plats i relation till andra.

Ur ett perspektiv med anknytningsfokus, i motsats till fokus på sexuell funktion, blir det viktigt att fördjupa sig i frågor som exempelvis; ”Framkallar sex njutning och tillfredsställelse eller oro och ångest?”, ”Vad vill man uppnå genom att ha sex” (Dewitte, 2012)?

Titeln på Tor Wennerbergs bok ”Vi är våra relationer” (Wennerberg, 2010), fångar mycket av anknytningsteorins kärna, att det är i våra tidigaste relationer som våra bilder av oss själva och andra skapas. Det är med hjälp av dessa inre arbetsmodeller (IAM), som vi tolkar och förstår vår omvärld, samt egna och andras inre mentala tillstånd (Wennerberg, 2013). Man kan också säga att de innefattar strategier för affektreglering (Wennerberg, 2010). Samspelet med den primära anknytningspersonen under de första levnadsåren är mest

avgörande för den generaliserade inre arbetsmodellen men andra relationer bildar underordnade modeller.

Man skiljer på fyra anknytningsmönster eller inre arbetsmodeller: Trygg, otrygg/undvikande, otrygg/ambivalent eller otrygg/desorganiserad anknytning. I en trygg anknytning eller inre arbetsmodell bygger relationer på tillit och ömsesidighet och möjlighet att kommunicera negativa känslor. Här finns utrymme och förmåga för pendling mellan närhet/intimitet och avstånd/integritet och en sexualitet där spänning och trygghet kan bevaras (Tidefors, 2012). Det finns en avslappnad inställning till sex och sexualitet som står för något njutningsfullt och används inte för andra anknytningsbehov. Man strävar efter ömsesidig njutning, föredrar sex i nära relationer och vågar experimentera med sex (Dewitte, 2012).

Otryggt/undvikande anknytningsmönster präglas av hög självskattning, misstänksamhet, kyla och avstånd gentemot andra utifrån en strategi av oberoende av andra. Man distanserar sig i nära relationer och förminskar det egna behovet av stöd (Rydén & Wallroth, 2008). Sex förknippas mer negativt, man har större svårighet till sexuell upphetsning och orgasm och har svårare att prata om sex eller sexuella problem. Studier har visat att personer med undvikande anknytning tenderar att ha sex av andra anledningar än intimitet (Dewitte, 2012).

I det otrygga/ambivalenta anknytningsmönstret är den egna självskattningen låg. Nära relationer blir konfliktyllda då det parallellt med känsla av starkt beroende finns en bristande tilltro till att andra kan finnas för en. Följden kan bli en snabb pendling mellan ilska och frustration till passivitet och underkastelse (Rydén & Wallroth, 2008). Personer med ambivalent anknytningsmönster blir lätt förälskade, tenderar att bli "klängiga", svartsjuka och relaterar genom att visa hjälplöshet (Tidefors, 2012). Sex blir ett medel för att uppnå närhet samtidigt som man ofta har negativa uppfattningar om sex. Liksom vid undvikande anknytning föreligger svårigheter i att kommunicera om sexuella behov och sexuella problem. I studier har framkommit att personer med ambivalenta anknytningsmönster oftare hamnar i sexuella situationer de inte vill vara i och de debuterar sexuellt tidigare än andra (Dewitte, 2012).

Det sista anknytningsmönstret skiljer sig avsevärt från de övriga tre som alla är organiserade anknytningsmönster. Det desorganiserade anknytningsmönstret är egentligen resultatet av en havererad anknytning där barnet behövt söka trygghet hos den som samtidigt skrämmer. I den vuxna, nära relationen innebär detta exempelvis att känna längtan till och rädsla inför samma person (Rydén & Wallroth, 2008). Många med desorganiserad anknytning

har svårt att gå in i nära relationer överhuvudtaget (Granot, Zisman-Ilani, Ram, Goldstick & Yovell, 2011).

Att inte se kopplingen mellan anknytningsmönster och sexualitet som absolut och statistiskt är viktigt. Det otrygga anknytningsmönstret behöver inte leda till sexuella problem liksom den som är tryggt anknuten inte är skyddad eller fri från problem i sexuella relationer. Det är också viktigt att se dessa mönster och dynamiken mellan dem som föränderliga. Underordnade arbetsmodeller kan ta överhanden och igångsätta en förändringsprocess mot ett tryggare relaterande till andra människor. Förmågan att knyta an till andra människor är medfödd vilket gör att vi kan utvecklas mot att aktivera och stärka de inre arbetsmodellerna (Wennerberg, 2013).

Det har forskats kring samband mellan anknytningsmönster och samlagssmärta. En kvantitativ studie med 110 kvinnor, varav 45 med samlagssmärta och resterande en kontrollgrupp, visade på att i gruppen med smärta vid samlag, fanns högre frekvens av otrygga anknytningsmönster, varav det undvikande anknytningsmönstret dominerande. Vad gäller desorganiserad anknytning, fanns den hos 40 % hos gruppen med samlagssmärta, jämfört med 16 % i kontrollgruppen. I gruppen med samlagssmärta förelåg också högre nivå av somatisering (Granot, Zisman-Ilani, Ram, Goldstick & Yovell, 2011).

Mentalisering och agentskap. Med tydliga rötter i anknytningsteori men även i psykoanalys, affektteori, utvecklingspsykologi och kognitiv psykologi har mentaliseringsteorin utvecklats av Peter Fonagy, psykoanalytiker och professor i London. Mentalisering kan beskrivas på olika sätt. Fonagy själv formulerar begreppet kort så här: ”holding mind in mind”, men en översättning till svenska gör att mycket av innehållet i de orden skulle gå förlorade (Rydén & Wallroth, s. 89). Wennerberg (2010) formulerar begreppet så här; ”Mentalisering är detsamma som att förstå sitt eget och andras beteende utifrån inre, mentala tillstånd som tankar, känslor, impulser och önskningar” (s.103). Begreppet innehåller både en själv-reflekterande och en interpersonell komponent (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Man skiljer mellan explicit och implicit mentalisering, där explicit mentalisering avser det som vi beskriver och uttrycker av våra tankar och känslor medan vi vid den implicita använder oss av en tyst kunskap där vi läser av och tolkar händelser och känslor inom och runt oss. Det sker en ständig pendling mellan dessa två mentaliseringsformer men vi använder den implicita betydligt mer än den explicita (Rydén & Wallroth, 2008).

Mentaliseringsförmågan börjar sin utveckling i de tidigaste relationerna där barnet får sina inre, mentala tillstånd som känslor, viljor, impulser och önskningar mentaliserade och meningsbärande av omgivningen. I det affektreglerande samspelet får barnet sina medfödda affekter tolkade och förstådda. Detta genom att det i anknytningsrelationen sker, utöver det tröstande och lugnande omhändertagandet, även en affektreglering då barnet får affekter som exempelvis rädsla, ilska och glädje tolkade och givna en representation. Det affektreglerande samspelet kallas markerad spegling och innebär att anknytningspersonens spegling av barnets affekt med ögon-kontakt, ansiktsrörelser och röstläge gör att barnet får sitt eget inre avspeglat i föräldrarnas ansikte. Just i och med att det inte är föräldrarnas egen affekt, utan en spegling av barnets affekt som ges tillbaka, påbörjas utvecklingen mot ett eget själv, en separat individ med ett eget inre och egna inre tillstånd. Det är det affektreglerande samspelet i anknytningsrelationen som ligger till grund för utvecklingen av agentskap, upplevelsen av att vara ett handlande subjekt med möjlighet att påverka sina egna inre tillstånd och sin omvärld. (Wennerberg, 2010; Fonagy, Gergely & Target, 2007).

Den trygga anknytningen främjar med andra ord den egna affektregleringen och mentaliseringsförmågan så att det blir möjligt att uppleva och hantera egna och andras känslor och affekter utan att överväldigas av dem eller att stänga av. Detta kan även beskrivas om ”reflektiv förmåga” (RF) (Sharp & Fonagy, 2008).

Hur den utvecklade mentaliseringsförmågan omvandlar affekter till handling beskrivs i teorin kring mentaliserad affektivitet (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Mentaliserad affektivitet har tre aspekter; i första hand att kunna urskilja och identifiera de egna känslorna, i andra hand kunna modulera eller reglera affekten eller känslan och slutligen att kunna uttrycka den till omgivningen.

I anknytningsrelationen utvecklas förmågan till intersubjektivitet, att vara ett själv med ett inre mentalt liv, i relation till ett annat själv med ett eget inre liv som det går att kommunicera och dela upplevelser med. Självet behöver här utvecklas mot självständighet, att stå för sig själv så att man upplever sig som någon som handlar, att självet fungerar som agent. Rydén och Wallroth (2008) beskriver agentskap så här: ” som förmågan att känna att man själv är den som får saker att hända och som förmågan att känna ansvar för sig själv och aktivt arbeta för att må bra” (s. 249).

Agentskap i denna uppsats fortsatta framställning kan definieras och förstås utifrån att vara en handlande individ, med eget ansvar för sig själv, som har möjlighet att påverka egna och andras inre tillstånd, kunna få saker att hända och att aktivt arbeta för att må bra.

Närhet och differentiering. I situationer då egna behov och önskemål om närhet eller avstånd hamnar i konflikt med andras, höjs kraven på vår förmåga att förändra och modifiera våra egna mål. Anknytning och agentskap är starkt förknippade med varandra i dynamiken mellan behov av trygghet och beroende av andra och att vara en självständig och oberoende agent i det egna livet (Rydén & Wallroth, 2008). Wennerberg (2013) belyser att dessa två fundamentala livsbehov befinner sig i ett motsatt förhållande till varandra samtidigt som de är varandras nödvändiga förutsättning:

För att kunna komma andra människor nära behöver vi också kunna skilja ut oss, i annat fall blir närheten enbart sammansmältning; och för att kunna skilja ut oss behöver vi andra att skilja ut oss i förhållande till, annars blir autonomin liktydig med isolering. Vi definierar vår separata identitet i relation till andra, och för att kunna uppleva genuin närhet till andra behöver vi kunna hålla fast vid oss själva, vid vår separata identitet, i deras närvaro (s. 47).

Denna livslånga, dubbla utveckling mot ett självständigt, autonomt själv, samtidigt som vi är i nära relationer, ryms i begreppet differentiering som kan jämföras med den väl utvecklade mentaliseringsförmågan. Kärnan i vår differentieringsprocess, är utvecklandet av en ökad förmåga att gå in i nära, intima relationer utan att förlora oss själva, med andra ord, att vi kan balansera våra dubbla behov av närhet och autonomi. I nära relationer, särskilt kärleksrelationer, aktiveras de för oss omedvetna, inre anknytningsmodellerna, och differentieringsprocessen utmanas. Detta gäller även vid trygga anknytningsmönster och relationer. Ju viktigare en person är för oss, ju svårare får vi att hålla fast vid oss själva. Dessa, implicita (omedvetna) inre arbetsmodeller av hur vara i en nära relation till en annan, kan av relationen bekräftas, förstärkas eller förändras. Det föreligger alltså en risk att otrygga, inre arbetsmodeller förstärks och befästs men samtidigt kan trygga och tillitsfulla relationer möjliggöra förändring mot inre trygga arbetsmodeller.

Wennerberg (2013) belyser och poängterar just sexualiteten som den arena där identitet och differentiering utspelas; ”Vågar vi vara öppna med vad vi vill och önskar i fråga om sex? Kan vi säga nej på ett tydligt sätt och sätta gränser för vad vi inte ställer upp på” (s. 283)? Wennerberg hänvisar till teorier och arbeten av David Schnarch, amerikansk sexterapeut och författare, som i sin kritik mot anknytningsteorin lyft in differentieringens betydelse i sexuella relationer. Att ensidigt se till behov av närhet, ömsesidig förståelse och bekräftelse kan leda till att otrygga inre anknytningsmodeller förstärks då vi blir beroende av bekräftelsen utifrån. Schnarchs arbete med par utgår därför från att hjälpa paret att skilja ut sig

från varandra och stärka sin relation till sig själva. Först efter det, menar han, kan intimiteten i relationen fördjupas. I motsats till den intimitet där vi är beroende av bekräftelse utifrån, ”utifrånbekräftad intimitet” (other-validated intimacy), ger ”självbekräftad intimitet” (self-validated intimacy) möjlighet att uttrycka känslor, behov och önskningar utan beroende av den andres bekräftelse. Genom att definiera sig mot en partner som till en början inte tar emot eller bekräftar oss innebär en stor utmaning för vår förmåga att reglera ångest, mentalisera och hålla fast vid oss själva. Wennerberg (2013) skriver:

Den självbekräftande intimiteten utgör en möjlig nyckel till förändring i differentierande riktning av vårt sätt-att-vara-i-relation. Om vi använder oss av den väljer vi känslomässig öppenhet istället för tillbakadragande, ”withholding”, det reaktionssätt som undergräver vår differentiering och eroderar intimiteten i relationer (s.297).

Agentskap och vulvasmärta

För en kurator är ingången i mötet med unga kvinnor med vulvasmärta inte lika självklar som barnmorskans eller gynekologens, som arbetar mer direkt med symtomet, vulvasmärta. Många kvinnor undrar över varför en kurator ska vara med i behandlingsarbetet, då problemet man sökt för sitter i underlivet. I många fall består det initiala arbetet av att skapa en förståelse för problematikens mång-faktoriella bakgrund och anledningen till att olika kompetenser behövs i behandlingsarbetet. I de fall denna förståelse finns eller har skapats sker ofta ett spännande och roligt terapeutiskt arbete mot en förståelse hos den unga kvinnan om att vulvasmärta påverkas av faktorer såväl inom som runt omkring henne.

I det kliniska mötet med unga kvinnor med vulvasmärta ses ofta ett mönster hos kvinnorna av att ha fokus på andras behov, inte bara sexuellt utan i de flesta relationer och sammanhang. Vidare ses hos dessa kvinnor även mönster av att ha höga krav på sig själva, att ta mycket ansvar för andra och ha svårigheter att be om hjälp. Symtomet, vulvasmärta, är även spännande att fundera kring. Vad är det kroppen försöker säga som man inte själv kan? Även om många som arbetar med problematiken har denna ansats, att symtomet står för att kroppen av någon anledning säger nej till sex, så saknas det fördjupande kunskap och forskning kring de bakomliggande mekanismerna (Thomté och Linton 2013, 2014). Teorin kring det egna agentskapet blev därför en tankemodell att utgå från för att fördjupa förståelsen för kvinnor med vulvasmärta.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att få ökad förståelse kring agentskap hos unga kvinnor med vulvasmärta.

- I vilken utsträckning är man sin egen agent i känslor, handlingar och uttryck?
- Hur erkänns och uppmärksammas de egna behoven och hur förmedlar man och uttrycker sina behov och önskningar, speciellt sexuella?

Metod

Undersökningsdesign och deltagare

Studien är kvalitativ och data består av material från djupintervjuer med åtta unga kvinnor, 19-23 år, som rekryterades med hjälp av personal på Ungdomsmottagningarna i Skåne. Valet av kvalitativ metod gjordes utifrån att det är en bra metod för att få ökad förståelse för det man vill undersöka (Patton, 2002). Då studien syftade till en ökad förståelse för agentskap hos unga kvinnor med vulvasmärta, valdes intervju som datainsamlingsmetod då den innebär att man ställer frågor till människor om deras upplevelser och erfarenheter (Lundh, 2012). Intervjuformen som kvalitativ datainsamlingsmetod är beroende av att den som blir intervjuad är motiverad att prata om sina upplevelser och erfarenheter och att den som intervjuar har förmåga att skapa en samarbetsrelation så att den som blir intervjuad känner sig trygg och avslappnad (Lundh, 2012). Förutsättningarna för ett tillfredsställande datainsamlingsarbete bedöms som goda för denna studie. De unga kvinnorna som deltog, gav intryck av att inneha hög motivation till att medverka. Som anledning till att delta uttryckte många att de ville dela med sig av sina erfarenheter av vulvasmärta för att kunna bidra till att förståelsen för problematiken ökar och att detta kan leda till att förhindra problem eller hjälpa andra kvinnor med samma problem. Som kurator på en Ungdomsmottagning har man sex, sexualitet och sexuella problem som vardagliga inslag i arbetet. Att prata om och ställa frågor kring sex och sexuella problem, faller sig naturligt. Med den bakgrunden och motivationen hos deltagarna, bedöms förutsättningarna varit goda för ett gott samtals- och samarbetsklimat under intervjuerna.

Inklusionskriterier för deltagande i studien var att man skulle ha en pågående behandlingskontakt, vara mellan 18-23 år och ha vulvasmärta som överensstämde med symtom för provocerad vestibulodini, (vulvestibulit) men man behövde inte ha fått en diagnos av läkare. Inga egna patienter inkluderades i studien. Inklusionskriterier avseende

ålder var för att ej behöva inhämta vårdnadshavares godkännande för omyndiga samt att övre åldersgräns på Ungdomsmottagningarna i Skåne är 23 år (man blir överårig efter man fyllt 23 år).

Procedur

Under perioden september 2014 till januari 2015 informerades personal på Ungdomsmottagningarna i Skåne om studien och behov av hjälp med förmedling av informanter. Bland annat informerades personal om studien på personalmöten och två informationsblad om studien lämnades, en avsedd till personal (bilaga 1) och en till intresserade deltagare (bilaga 2). Personal informerades också på arbetsmöten som handlade om den behandlingsmetod för vulvasmärta man arbetar efter på den mottagning där jag är verksam. Mail med informationsbrev förmedlades via enhetschefer till mottagningar som av olika anledningar inte var möjliga att besöka.

Direktkontakt togs även i det fall man var ensam om att arbeta med samlagssmärter på sin mottagning. Förnamn och mobilnummer till dem som var intresserade av att delta erhöles av personalen och jag tog kontakt, försäkrade mig om att man erhållit skriftlig information om studien och gav också muntlig information. Tid för intervju bokades. Samtliga informanter valde att bli intervjuade på sin egen mottagning, där vi fick låna ett rum. Informanterna fick innan intervju skriva under ett samtycke (bilaga 3).

Intervjuerna med de åtta informanterna ägde rum under perioden oktober 2014 till mars 2015 och varade mellan 60 och 90 minuter. En semistrukturerad intervjuguide (Patton, 2002) användes (bilaga 4), där frågor och teman täcktes in men kom i olika följd beroende på hur samtalet flöt. Semistrukturerad intervjuform valdes därför att den innebär flexibilitet och frihet att i intervjusituationen ställa frågor i olika följd utan att frågor eller teman förbigås (Lundh, 2012). Intervjuerna spelades in och transkriberades efter hand.

Analysmetod

Den analysmetod som valts för studien har varit kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Graneheim, 2012) utifrån att den ofta används vid granskning och tolkning av texter, som inspelade intervjuer. Analysen har varit utifrån en induktiv ansats som innebär en förutsättningslös analys i motsats till deduktiv, där analysen görs utifrån färdigt kodningsschema eller mall (Lundman & Graneheim, 2012). Då jag själv gjort såväl intervjuer och analys måste jag ses som medaktör i det som studeras. Lundman och Graneheim förespråkar bland annat strukturerade frågeformulär för att uppnå ökad distansering. Mitt val av semistrukturerad intervju blir ett mellanting, men då det är en kvalitativ studie kan mitt

deltagande inte bli objektivt. Analysarbetet av data började vid intervjuerna där vissa likheter och mönster framkom tidigt och gick igen. Då materialet spelades in, släpptes tanken på likheter relativt snabbt och fokus på intervjun fortsatte. Vid transkriberingen gjordes små anteckningar som sparades. Analysen av materialet skedde utifrån ett pendlande mellan att arbeta textnära och ur ett mer övergripande perspektiv. Intervjuerna lästes flera gånger och tolkades både utifrån manifest och latent innehåll (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2012). Analysen av intervjuerna skedde i fler steg, från domäner till meningsenheter, till kondensering, kodning, kategorisering och slutligen genom indelning i fem sub-teman och ett övergripande tema. Utförligare beskrivning av tolkningsprocessen visas i resultatavsnittet.

Etiska överväganden

Intervjuerna kodmärktes efter transkribering och innehållet oidentifierades vid bearbetning och presentation. Inspelat material, transkriberade intervjuer, samtyckesblankett och kodlista har förvarats inlåsta. Deltagarna erhöll såväl muntlig och skriftlig information om studien, att deltagande var frivilligt, att de inte skulle kunna identifieras och att de när som kunde avbryta sitt deltagande utan att ange orsak.

Då ämnet för studien berör sexualitet, som måste betraktas som ett känsligt och personligt ämne, var en pågående behandlingskontakt ett krav för att möjliggöra stöd och samtal kring känslor eller tankar som uppkommit under eller efter intervjun. En deltagare hade, på grund av tidsfördröjning mellan första kontakt och intervjutillfället, hunnit avsluta sin behandlingskontakt när intervjun gjordes. I det fallet pratade vi om möjlighet att åter ta kontakt med aktuell mottagning samt att vända sig till mig för stöd och/eller hjälp med kontakt vidare.

En intervju om så känsliga ämnen som sexualitet och sexuella problem innebär alltid en risk för integritetskränkning eller känslor av obehag. Riskerna kan minimeras om den som intervjuar har en vana vid och känslighet för att prata om dessa ämnen. Med utgångspunkt i att en intervju även är en intervention, kan den också bli en positiv och berikande erfarenhet för den som deltar då man inför någon annan får sätta ord på tankar och känslor (Kvale, 1996).

Resultat

Bakgrundsbeskrivning av informanterna

Åldersfördelningen mellan de åtta informanterna var 19 till 23 år. Hälften av dem studerade på högskola/universitet, en studerade sista året på gymnasiet och tre hade gått ut gymnasiet och arbetade. Av kvinnorna som studerade på högskola/universitet, bodde tre i enskilt studentboende och en var sambo. Den andra hälften, som inte studerade på universitet, bodde kvar hos föräldrar. Familjeförhållandena hos deltagarna var övervägande goda socioekonomiskt. En del deltagare hade föräldrar, far- eller morföräldrar som kom från annat land men ingen familj avvek kulturellt. Två informanter hade skilda föräldrar, en av dem hade vuxit upp med modern och en mestadels med fadern. Två var ensam barn, en hade vuxna syskon vid födseln och en hade vuxit upp utan sina halvsyskon. De övriga fyra hade vuxit upp med syskon i nära ålder, två var storsystrar till bröder, en var lillasyster till bröder och en var mellansyster till systrar.

Tre informanter uppgav bra relationer till båda föräldrar. Den kvinna som vuxit upp med sin moder hade haft en problematisk relation med sin fader. Fyra beskrev en problematisk relation till modern, varav två upplevde att relationen hade förbättrats när de blivit äldre. En kvinna beskrev svårigheter att nå modern känslomässigt och en hade haft en svår och komplicerad relation till sin moder under hela uppväxten som nu var helt bruten.

Samtliga informanter utom en, gick i behandling på en Ungdomsmottagning i Skåne. Den kvinna som var utan kontakt, hade nyligen avslutat behandling på en Ungdomsmottagning då symtomen avtagit. Samtliga kvinnor beskrev symptom som överensstämmer med diagnosen provocerad vestibulodyni.

Som en kvinna beskriver: *"...det känns som att någon kör upp en kniv i mig i princip. Det känns bara som att det går sönder, precis i öppningen liksom"*.

En annan uttrycker smärtan så här: *... "det gör liksom inte ont, alltså inne i kroppen, kan jag inte säga, men... ja, som att det verkligen bränns i öppningen, lite in"*.

Kvinnorna beskrev även smärta efteråt, ibland flera dagar. En del kvinnor beskrev även samband med urinvägsbesvär, som trängningar eller sveda. Vissa hade även sökt och behandlats för urinvägsinfektion upprepade gånger. Ett av dessa fall hade behandlats sju gånger men där det visat sig att alla odlingar på bakteriell infektion varit negativa.

Samtliga kvinnor hade gjort gynekologiska undersökningar, en del kvinnor hade fått diagnos av gynekolog eller annan typ av läkare och en del hade träffat barnmorska. Fem hade

behandlingskontakt med både barnmorska och kurator, två hade nu bara kuratorskontakt och en hade bara haft en läkarkontakt.

För en del kvinnor hade vulvasmärta varit anledning till att ha sökt hjälp, men för en del hade problematiken dykt upp i behandlingskontakter som inletts av annan anledning. Två kvinnor behandlades för depression, en med samtal och en med antidepressiv medicinering. Två kvinnor beskrev att de varit deprimerade eller depressiva i tonåren och ytterligare två beskrev att de från och till hamnar i ”svackor” där livet känns tungt och motigt. Vissa av kvinnorna beskrev panikångestattacker, för en del kopplat till oro, tvångstankar och dödsångest. En kvinna hade nyligen fått en ADHD-diagnos och behandlades farmakologiskt. En annan funderade över om hon kunde ha en ADHD-diagnos utifrån humörsvängningar och låg impuls kontroll. Två kvinnor beskrev mag- och stressrelaterade besvär. En hade magkatarr och en hade en kronisk tarmsjukdom som förvärrades av stress.

Samtliga kvinnor hade upplevt eller upplevde problem med smärta vid samlag i heterosexuella relationer. En kvinna berättade om erfarenhet av att ha haft samkönt sex men inte hur hon upplevt detta. Tre av kvinnorna hade ingen pågående relation utan refererade till erfarenheter från tidigare relationer. Fem kvinnor hade pågående relationer, en av dessa hade nyligen inlett ny relation i vilken hon aldrig upplevt smärta vid samlag. Av de övriga fyra hade relationerna varat ett och ett halvt respektive fyra, fem och sex år.

Debuten för smärtan vid samlag varierade. Två kvinnor var i sin första och enda sexuella relation, där en hade haft ont från samlagsdebuten och en efter att relationen varat något år. För fem kvinnor hade smärtan kommit med en första pojkvän och sedan fortsatt i efterföljande relationer. Tre kvinnor hade innan smärtdebut haft sexuella kontakter eller relationer utan smärta vid samlag.

Teman

Analysen av materialet resulterade i fem sub-teman; *Egna problem osynliggörs*, *Andras behov går före*, *Samlag av andra anledningar än egen lust*, *Avstånd till egen lust och eget underliv* och *Kroppen bärare av känslor*. Ett övergripande tema framträdde som redovisas sist: *Svårighet med tillit och differentiering*.

Egna problem osynliggörs. De flesta deltagare uttryckte att de var nöjda med livet när det gällde sysselsättning som utbildning eller arbete och genomgående var studier och arbete var något man prioriterade och ville utföra väl. I ett par fall fanns lite tvivel kring valet

av utbildning och hos en kvinna förekom omfattande oro inför en förändring hon stod inför med flytt och universitetsstudier.

Svårighet att ta tag i eller skjuta upp problem var ett mönster som gick igen i berättelserna. Det kunde handla om mående allmänt, som en kvinna uttryckte;

”...om jag mår dåligt eller så, så sopar jag det lite under mattan. Eller så skjuter jag upp, eller skjuter iväg det”.

Tydligast blir mönstret i att inte ta tag i eller söka för sina vulvasmärter. Till övervägande del hade kvinnorna haft problemen länge innan de sökte hjälp. För en kvinna dröjde det fem år innan hon sökte hjälp. Det kunde vara pojkvännens pådrivande som gjorde att man sökte hjälp och för en kvinna kom problemen fram i samband med att hon sökte för depression. Många uttryckte att de hade tänkt att *”det blir bättre med tiden”* eller *”det går nog över”* eller att *”det kanske ska vara så här”*.

Att inte berätta eller att dröja en längre tid med att berätta om smärtan för partnern var vanligt. I materialet framkom egentligen bara en kvinna som alltid sagt ifrån direkt smärtan kom. En kvinna berättar om att under samlag ha sagt till sin pojkvän att det gjorde ont och bad honom ta det lugnare eller sluta men detta respekterades inte. Till att fortsätta ha samlag trots smärta förmedlades olika anledningar. Det beskrevs som lite pinsamt att säga att det gjorde ont då sex är något som bara ska fungera i en relation och det fanns en uppfattning om att det förväntades av en som flickvän.

Av materialet framträder en svårighet hos kvinnorna att förmedla eller bevisa problemet med smärta vid samlag till partnern och det kunde även finnas en frustration över att partnern tog på sig skuld och såg sig som otillräcklig på olika sätt. En kvinna berättade att ett besök hos barnmorskan hade betytt mycket för dem båda;

”För någon månad sedan så hade vi ett ’break-through’ för att då följde han faktiskt med när jag gick till barnmorskan och då hade det till och med blivit så att jag hade liksom ett sår där nere som man faktiskt kunde se ordentligt... det är ett problem, det är inte bara flummigt någonstans utan det finns fysiskt också. Så då fick jag, eller jag bad till och med barnmorskan ta in honom så han fick se att det faktiskt är ett sår där... det här kan hända liksom, det är sånt som händer med det här. Och som han sa var att det gav honom väldigt mycket, att han fattade ännu mer på något sätt att det blev lite mer sådär... lite mer att ta på”.

Att lämna relationer framkom som komplicerat och svårt och det fanns även ett mönster av att vara kvar i relationer som inte var bra, även vänskapsrelationer. Av materialet

framkom att det var få kvinnor som själva lämnat en partner, det vanligaste var att stanna kvar i en relation som inte var bra eller till och med destruktiv.

En kvinna uttrycker så här; *”nej, jag tyckte aldrig riktigt om honom, det var väl liksom så här, ’vi är väl tillsammans, för att vi är väl det’”*.

Kvinnan som var utsatt för övergrepp och en i övrigt destruktiv relation var en av dem som lämnat en relation. Hon säger;

”Till slut så gick det liksom inte längre och när jag då insåg att det hade gått så långt att jag mådde sjukt dåligt av det. För det var nästan som att det gick liksom bit för bit utan att jag riktigt kände av att jag mådde dåligt”.

Lite längre fram i intervjun uttrycker hon; *”det var nog som att jag lite glömde hur jag skulle leva mitt liv eller vem jag var om jag inte var tillsammans med honom”*.

Andras behov går före. Kvinnorna beskrev att de fick glada och positiva känslor i kroppen när de ville någonting som kunde handla om att resa, köpa eller göra något. Ofta blev det dock problematiskt när de egna önskemålen eller behoven krockade med vad någon annan ville. En del beskrev att de kunde ta upp en diskussion eller försöka nå en kompromiss men det slutade ofta med att den andres vilja gick före och att man sköt på det man själv ville och löste det på egen hand. Av kvinnornas berättelser framkommer att andras behov generellt gick före ens egna, man anpassade sig till andra och ville finnas för sina vänner och att de skulle ha det bra. Det fanns en rädsla för att andra skulle bli arga, ledsna eller besvikna om man inte lät deras behov gå före eller ställde upp på det den andre vill. Man hade svårt att säga nej till vänner, hos en kvinna utifrån oro att vännen inte skulle finnas kvar;

”... att det är sista gången hon hör av sig kanske, eller, ja, såna tankar kommer väl upp lite”.

En kvinna uttalade tydligt att hon var arg över att ställa upp och vara snäll mot andra men inte få någonting tillbaka. Två kvinnor avvek tydligt från mönstret att sätta andras behov före. Dessa uttryckte att de inte hade några problem att inför vänner hävda egna behov och skulle aldrig sätta en väns behov före sina egna om det på något sätt skulle göra att de själva mådde dåligt eller drabbades på ett negativt sätt. Dessa två kvinnor skiljde även ut sig från de övriga sig i att de mer utförligt och detaljerat kunde sätta ord på lust, sexualitet och den egna kroppen.

Det fanns en vilja och ambition att finnas för sina vänner och ofta beskrev man sig som den andra sökte sig till och pratade med. En del uttalade att det var ömsesidigt men sade

samtidigt att de sällan hade behov av andras hjälp. När man kände behov av andras hjälp, uttalades detta ofta vagt och inte så detaljerat och djupt, som exempelvis;

”... det här har varit en skitdag, kan vi inte bara sätta oss och kolla på film och äta lite choklad”, eller ”jag vill ha en kram”.

Av materialet framkom att kvinnorna hade relationer till vänner, såväl långvariga som nya. I en del berättelser framträder känslor av ensamhet, osäkerhet och svårighet inför eller avsaknad av nära vänskapsrelationer. Flera kvinnor hade upplevt svek. Det fanns berättelser om erfarenheter där andras behov tagit så mycket plats att det blivit för mycket, exempelvis berättar en kvinna om en kompis som såg henne som sin psykolog och att hon fick allt tyngre berättelser att bära på. En kvinna hade problem med att säga nej till en vän som hon själv inte egentligen ville ha som vän men som hängde sig kvar och gjorde intrång i hennes liv. En kvinna berättade om en inre konflikt av att känna sig ensam och ledsen över att inte ha nära vänner samtidigt att hon ofta drog sig undan, både utifrån att inte vara intresserad av eller orka lyssna på andras upplevelser och problem.

Att prata med vänner om problemen med vulvasmärta, betraktades som svårt och undveks oftast, dels utifrån en upplevelse av pinsamhet inför att ha problemen och dels en känsla av att vara ensam om att ha dem. En kvinna berättade att hon såg sig som asexuell och hade svårt att prata om problemen då hon kände ett stort avstånd till sina vänner som pratade så positivt om sex, något hon själv såg som överskattat och mest förknippat med smärta. En del kvinnor hade börjat berätta mer om sina vulvasmärter och överraskats av erfarenheten att andra också kunde ha liknande problem.

Kvinnorna hade erfarenhet av att ha haft sex utan att vilja själva. En anledning kunde vara uppfattningen att sex hörde till i en relation eller att man nedvärderade sitt eget värde; *”... jag var ganska självdestruktiv på många sätt... jag kände att jag inte betydde någonting ..., alltså jag tänkte inte alls på mig själv utan mest på honom liksom”.*

För kvinnan som såg sig som asexuell blev det ett stort bekymmer;

”... men det blir ju som en krock i förhållandet. Då partnersen vill ha sex, men det vill inte jag. Så blir det ju att man går med på det men man tycker egentligen inte om det och därför gör det ju ont. För man är varken våt eller, och plus att det, det stänger igen ju”.

En kvinna berättade att hon tog egna initiativ utan att själv vilja ha sex om det gått ett tag sedan de hade haft sex. Hon säger;

”... Ja, att det förväntades kanske av en”. Samma kvinna kunde berätta om smärtan först när hennes pojkvän såg att hon hade tårar i ögonen, men då bara att hon hade ”lite ont”.

Det fanns kvinnor som hade haft samlag trots smärta utifrån att de velat själva. Anledningen som beskrevs var egen sexuell lust och för att, som de uttryckte, känna den närhet som endast ett vaginalt samlag kan ge. Någon uttryckte att den sköna känslan fanns där trots smärtan men att smärtan då ofta blev svår och långvarig efteråt. Kvinnorna uttryckte tydligt att problematiken med vulvasmärta var ett stort bekymmer för dem själva då de inte kunde njuta av sex på ett sätt som de ville.

En kvinna uttrycker sig så här: *”jag vill ha sex, jag kan inte. Och det är så frustrerande när, alltså jag blir tokig, för jag, när mitt huvud verkligen, verkligen vill, och kroppen inte är med”*.

Samma kvinna lite senare i intervjun;

”Jag är en väldigt sexuell person, jag tycker verkligen om att ha sex. Och jag är lättsam och fri med det så jag tycker att det, det har gjort mig väldigt ledsen för det känns som att någonting har tagits ifrån mig”.

Samlag av andra anledningar än egen lust. En anledning till att ha haft samlag trots smärta, uppgavs vara utifrån behov av bekräftelse. Det kunde både handla om behov av bekräftelse på att man dög eller att man var tillsammans. För samma grupp fanns även en rädsla för att bli lämnad eller att partnern skulle gå till någon annan.

En kvinna säger så här; *”... i min relation till min första pojkvän hade jag nog ofta sex för att få bekräftelse att jag var tillräcklig i vår relation”*. Rädsla för otrohet beskriver en annan så här;

”... man är rädd att de går till någon annan då som vill ställa upp på det”.

För många hade sex blivit en prestation, någonting som skulle presteras av en; *”det var väl konstant oro att man inte var tillräckligt bra”*.

I intervjuerna beskrivs en uppfattning om att sex ska finnas i en relation, att det förväntades av en och att det bara ska fungera, även om man själv inte uppskattade det eller tyckte om det.

”... jag trodde att jag ville. För det vill väl alla med den de älskar? Men nu i efterhand liksom så har jag kommit fram till att det var inte det jag ville”.

Att inte kunna ha samlag på grund av vulvasmärta var för alla ett stort problem, för en del pinsamt och något man skämdes över och man hade samlag trots smärta för att vara mer normal eller välfungerande.

”Ja, för det ska ju liksom bara fungera eller så, kändes det som. Och man hade liksom inte hört andra som sa att de hade nåt sånt problem. Så då tyckte man väl att det var pinsamt liksom eller att det bara var jag som hade det problemet”.

Partnerns sexuella behov beskrivs som en avgörande faktor för vissa av kvinnorna att ha haft samlag utan egen lust. Någon utvecklar detta vidare och ser själv samband med att ha haft eget lågt självförtroende.

”... jag har ju liksom bara velat för hans skull och så där... och när han har velat saker har jag gått liksom med på det ändå liksom utan att berätta att jag egentligen inte vill”.

Hur man såg på sex, vad sex var, framställdes lite dubbeltydigt för en del. Även om de flesta uttalade att sex kunde vara många saker, som exempelvis oral- eller smeksex, så fanns det en utbredd uppfattning om att samlag var det riktiga sättet att ha sex på. Någon uttryckte att det fanns en känsla av otillfredsställelse om man inte haft samlag trots att man fått orgasm. Någon av kvinnorna likställde annat sex med vaginalt samlag. Det fanns de kvinnor som valde samlag trots att de till och med uppskattade annat sex mer då det inte gjorde ont. De hade även upptäckt att de kunde behålla lubrikationen om de visste att de inte skulle ha penetrerande sex, till skillnad från att denna försvann just innan samlag.

”... det är liksom precis som att, när jag vet att, om vi ska ha sex, så blir jag jättestorr, direkt”.

Det fanns en uppfattning om att inget sex kunde ersätta vaginala samlag och man valde därför att trotsa smärtan av den anledningen. En kvinna uttrycker sig så här, när vi i intervjun kommer in på möjlighet till annat sex istället för penetrerande;

”Men sen nu för ett tag sen så kände väl jag att jag tröttnade lite på det för att det är en sak att liksom ha honom i mig och hos mig nära. Så... och då var det ju ont”.

Samma kvinna säger så här lite senare;

”... alltså jag har aldrig sett mig som liksom en sexuell människa, men det blir ju, alltså man inser ju att det blir en himla längtan efter att få ha honom nära mig och i mig. Så då blir jag lite så där, alltså jag blir så arg på det så jag säger så där att ”nu skiter jag i det, nu kör vi i alla fall för jag vill ju ha dig här, liksom”.

Här kan man ju inte utesluta att egen lust är inblandad i valet av att ha samlag men närheten till partnern är något som många tar upp som orsak till att vilja ha just samlag och inte annat sex.

Avstånd till egen lust och eget underliv. När samlagsdebuten beskrevs i intervjuerna framkom teman som ovana, okunskap och osäkerhet. En vanlig beskrivning var tron på att smärtan orsakats av att man varit oskuld och att det varit anledningen till att det gjort ont. Att inte ha förstått eller vetat vad som händer i underlivet vid sexuell upphetsning, som exempelvis lubrikation, var tydligt. För en del hade det skett en stor förändring, man hade lärt känna sin kropp mer, lärt sig avslappningstekniker och fått en ökad förståelse kring hur det ska kännas när sex känns bra. En kvinna var nu i en relation där sex alltid kändes bra och smärtfritt, men för de där problematiken kvarstod trots nya kunskaper och erfarenheter, var det en stor frustration över att ha ont trots att förutsättningarna var annorlunda. En kvinna uttryckte frustration över att ha saknat kunskap som hon nu har;

”Tänk om någon bara hade sagt det till mig, då hade jag bara, för, då hade jag vetat, att jag behöver bli våt, typ”.

Samma kvinna avslutar intervjun med att vilja ge råd till alla unga kvinnor att på egen hand genom onani, pornografiska böcker eller fantasier hitta till sin egen sexuella upphetsning;

”... det kan ha varit det att jag kände inte min kropp och så pressade jag den och därför fick den ont liksom. Jag skadade den för att jag pressade den”.

Att av kompisar, media och samhället i övrigt ständigt bli påmind om sex har varit en påverkande och besvärlig faktor. Att debutera sexuellt och även ha sex kunde ske utifrån uppfattningen att det hörde till och var något alla gjorde. Kompisar hade börjat ha pojkvänner och sex, man pratade mycket om sex och på film och TV var det mycket sex. Många hade svårt att minnas och berätta om sin samlagsdebut. Från en kvinna kom denna berättelse om hur det var för henne när hon samlagsdebuterade;

”... det var väl lite en sån där grej, då i den åldern också, att nu har de flesta kompisar börjat ha sex, då kanske man borde själv också. Så lite mer åt det hållet, det var lite sådär, för att få det överstökat. Men alltså jag var ju med på det, men jag tyckte ju inte om det”.

Att bli påmind om sex, när det var ett stort problem för en själv, blev plågsamt för många och bidrog till känslan av att vara annorlunda och ha problem som ingen annan har. För kvinnan som såg sig som asexuell var den känslan mycket stor eftersom hon inte heller längtade efter sex, hade aldrig tyckt om sex och såg inte någon anledning till varför man skulle vilja ha sex. För en annan kvinna blev vänners sex-anspelningar plågsamma

påminnelser om att inte få och kunna något man ville ha som var en naturlig del i deras liv. För henne ledde egna sex-tankar mest till frustration och stress.

Att sex från början förknippats med smärta hade betydelse, för en uttrycks det så här; *"... just eftersom det alltid varit ett lite så där problematiskt, så har det väl alltid fått den stämpeln, liksom, det har aldrig varit något sånt där lite bra, egentligen, som man, som det ska vara antar jag, som alla andra tycker"*.

För en kvinna hade vulvasmärtna lett till att ett tillbakadragande och undvikande av att flirta och ta kontakt med män, samtidigt som det fanns en stor längtan efter en ny kärleksrelation. Hennes tilltro till att träffa en ny partner var låga och hon såg hennes oförmåga till smärtfria samlag som orsak till detta.

Det fanns kvinnor som uttryckte att de tyckte om sex. En var uttalat negativ och menade att sex är kraftigt överskattat, några var mer vaga när de ombads berätta vad de tyckte om sex och vad sex är. En beskrivning var att;

"sex är två som tycker om varandra och som inte skäms för att visa sig nakna med varandra".

En annan uttryckte att sex inte var så viktigt i relationen och att ligga och kramas och prata var mer intimt för då hade man mer kontakt.

Att sätta ord på den egna, sexuella, lusten var svårt. För en kvinna var det en känsla hon aldrig trodde sig upplevt. Oftast gavs vaga och outvecklade beskrivningar, det kunde handla om att *"känna sig lätt"*, *"det pirrar i kroppen"*, *"känns lite i magen"* eller att *"bli sugen"*.

"... man känner kanske liksom lite pIRR i kroppen och ja... att 'shit vad jag tycker om dig', liksom så".

Två kvinnor avvek tydligt i materialet. Dessa lämnade båda utförliga beskrivningar på hur upphetsning känns i kroppen och i underlivet och hade ord både för sitt eget och partnerns könsorgan.

"Dels kan man ju bli upphetsad, alltså kåt, rent av jävla kåt, och känna att 'nu'".

Samma kvinna uttrycker;

"Alltså det är liksom som att varje beröring... helt plötsligt när man känner att den blir extra både njutningsfull och plågsam, för att man blir så till... det rör någonting inuti en".

Som beskrivits tidigare avvek dessa kvinnor och skiljde ut sig kring att de aldrig skulle låta en väns behov överskrida egna, men de hade båda erfarenhet av att ha haft samlag utan att vilja själva.

Kroppen bärare av känslor. I materialet framkom svårighet att slappna av vid sex och att spänna sig utifrån en rädsla för att det skulle göra ont. En kvinna utvecklade det lite mer, hon säger;

”... det var som att jag hade spända muskler där nere hela tiden, som om det var en hel muskulation runt där som inte bara kunde slappna av”.

Samma kvinna lite längre fram i intervjun;

”... sedan började jag spänna mig vid bara tanken på att han skulle råka kunna röra mig där det gjorde ont”.

För henne var även upplevelse av kontroll viktigt, något som även uttalas av en annan kvinna.

Av intervjuerna framträdde en tendens att lätt kunna känna stress och oro. Det kunde handla om stress över studier men oftast inför förändring som skulle ske, exempelvis i form av flytt eller utbildningsstart eller inför att ha saker att lösa framför sig, som en boendesituation eller nytt arbete. Flygrädsla förekom, liksom tankar om att farliga saker kunde hända. Känslor av oro och stress kunde också uppstå i situationer när man inte kunde möta upp till någon annans behov, som att behöva säga nej till en kompis som ville träffas eller att känna att man inte kunde leva upp till partnerns sexuella behov.

När kvinnorna ombads beskriva hur de visste eller kände att något inte var bra för dem refererades genomgående till magen på olika sätt. Det kunde handla om illamående, magsmärtor eller magkatarr. En del beskrev det som en ”klump i magen” eller en ”nervös känsla i magen”. En kvinna berättar om en magkänsla som säger henne allt;

”... då säger min magkänsla, alltså den... den nästan tar så här och bara 'schhh' vrider”.

Trots att hon tycker att magkänslan alltid haft rätt säger hon att hon haft svårt att lyssna på den, främst i relation till en partner.

Utöver förnimmelser i magen kunde beskrivningar av mer obestämbara kroppsliga uttryck lämnas. Det kunde handla om en ”tung känsla” eller som en uttrycker;

”Jag kan känna mig liksom ja, vad ska man säga, orolig, nervös, rastlös, att någonting liksom bara känns fel men jag vet inte riktigt vad”.

Två kvinnor använder uttryck som *"uschlig känsla"*, att *"det kryper i kroppen"* och att *"vilja krypa ur sitt eget skinn"*.

En kvinna beskriver känslan av att ha haft sex utan att vilja det själv så här;

"Jag liksom känner av i kroppen att det här är inte riktigt rätt mot mig själv under tiden och sen efteråt så är det väldigt mycket så här, ja uschlig känsla i kroppen".

En kvinna berättar om att hon kan få äckelkänslor inför sin egen kropp och inte vilja vara en del av sig själv när hon befinner sig i tillstånd som känns fel och som hon vill ta sig ur.

Att vara arg på någon där detta inte, av olika anledningar, varit möjliga att förmedla, har för en del satt sig i kroppen som spänningar och diffusa, vaga känslor som varit svåra att beskriva. En kvinnas vulvasmärta debuterade när hon var i ett tillstånd då hon kände sig arg och irriterad på en kompis, men där omständigheterna var sådana att hon var låst i en situation av att ha henne nära in på sig. Ett annat exempel som berättas om, är att inte kunnat säga ifrån till en äldre, manlig medarbetare som man känt sig sexuellt trakasserad av.

När informanterna ombads berätta om hur de känner eller vet att de vill, önskar eller har behov av någonting, uttryckte de att de blir positiva, glada och förväntansfulla. Det kunde även beskrivas som ett sug efter någonting.

Övergripande tema: Svårighet med tillit och differentiering. I materialet framträder ett tema som, samtidigt som det står för sig självt, även samverkar och inverkar på övriga; temat som rör balansen mellan närhet/tillit och avstånd/differentiering i nära relationer. I kvinnornas berättelser framträdde antingen svårighet med tillit till partners eller beskrivningar om att känna sig mycket nära sin partner där denne blivit ens bästa vän som man delar allt med. Bristande tillit kunde vara sprunget från egen tillitsproblematik eller som en följd eller kombination av partners beteende eller bemötande, där de egna behoven inte respekterades. Det fanns beskrivningar av känslor och attraktion som minskat eller avtagit och låg sexuell lust, främst bland de som hade långvariga relationer som beskrevs som nära. Att känna närhet var i denna grupp överordnat sex, där sex för att uppnå närhet var bra men där annan typ av intimitet, som att kramas eller prata förtroligt, kunde vara lika bra. I denna grupp framträdde även otydliga kommunikationsmönster, där man antog vad partnern tyckte om problemen med smärta vid samlag som dessutom var något man i relationen sällan pratade om. Egna initiativ till sex var sällsynta och det fanns även en försiktighet hos partnern när det gällde att ta sexuella initiativ.

Att differentiera ut sig i relation till vänner var generellt lättare än i relation till en partner, men det fanns svårigheter hos en del kvinnor att hävda egna behov även i vänskapsrelationer. Det kunde uttryckas i beskrivningar om att känna oro över att vännen inte skulle höra av sig igen, om man inte gick med på det vännen ville. Det kunde också uttryckas i att anpassa och forma sig efter vänner;

”Amen, den här personen är så, så om jag betar mig så, så kan vi vara vänner, men den här personen är så, så betar jag mig så, så är vi vänner på det sättet”.

Att i relation till en partner ha svårighet att differentiera ut sig och hävda egna behov, i synnerhet sexuella, var genomgående för alla kvinnor men på olika sätt beroende på om man tillhörde gruppen med bristande tillit eller den med stor närhetskänsla. I gruppen med långa relationer som beskrevs som nära, var det ett mer ömsesidigt och tyst förmedlande eller undvikande av att uttrycka sexuella behov.

En kvinna beskriver det så här; *”När jag inte vill så typ, drar jag mig tillbaka kanske, eller alltså lägger mig och kramar honom istället för att pussas. Eller ja, blir tyst. Alltså han märker när jag är trött och när jag inte är... ja”.*

När bristen på tillit orsakat svårighet att framhäva och uttrycka egna sexuella behov, kunde det beskrivas utifrån en oro för att bli lämnad, inte duga som flickvän eller att partners behov hade företräde. En kvinna formulerar på följande sätt sina tankar kring varför det är svårare att hävda egna behov i en kärleksrelation än i en vänskaplig;

”Jag vet inte, för att med vänner, alltså när man är så pass nära vänner så är man på något sätt inte lika rädd att det liksom... man vet om att de kommer inte bara dumpa en eller liksom så här, sura på en i flera dagar eller liksom att det inte kommer att straffa sig på något sätt. Man vet om att de kommer kanske bli lite sura men det är skit samma. Men i en relation så är det väl så att man tror att det ska ta slut eller att det ska bli dåligt eller att man, ja, jag vet inte”.

Två kvinnor i materialet visar på att i relation till vänner kunna differentiera ut sig, och hålla fast vid egna behov, trots omgivningens motsatta. En av dem ger uttryck för en träffsäker beskrivning av differentiering;

”Alltså det känns ju... det känns ju bra för att jag vet om att jag måste säga nej om jag inte vill, för om jag aldrig säger nej då kan den andra människan inte veta”.

Att tilliten i relationen ökade eller att det skedde ett partnerbyte kunde leda till ökad möjlighet till differentiering gällande sexuella behov. För en kvinna ledde en partners uppmuntran till onani att hon hittade sin egen lust och sina egna sexuella behov. För en annan

kvinna ledde ett partnerbyte till att smärtorna vid samlag försvann och möjlighet till sex som bara var njutningsfull och tillfredsställande.

I tabell 1 på nästa sida ges exempel på processen i analysarbetet.

Tabell 1: Exempel på hur analysarbetet går från meningsenheter till sub-teman och tema (efter Graneheim, U.H. & Lundman, B, 2004).

Meningsenhet	Kondenserad Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet Tolkning av underliggande mening	Sub-tema	Tema
”Innan har jag mest försökt tränga bort det, att inte, att det går över liksom”.	Tränga bort, tänka att det går över.	Inte ta tag i problem.	Egna problem osynliggörs	Svårighet med tillit och differentiering
”Första halvåret pratade vi inte så mycket om det överhuvudtaget, och jag sökte inte hjälp heller”.	Inte prata om problem eller söka för dem.	Inte söka hjälp.		
”Ibland kanske man väldigt mycket bryr sig om andra, liksom att de ska ha det bra”	Att bry sig om att andra har det bra.	Andras behov viktiga.	Andras behov går före	
”Jag sätter andras behov före mina egna för att inte, ingen ska tycka illa om mig”.	Andras behov går före för att man ska bli omtyckt.	Rädsla för att inte vara omtyckt om man sätter egna behov främst.		
”I min relation till min första pojkvän hade jag nog ofta sex för att få bekräftelse på att jag var tillräcklig i vår relation”.	Att ha sex för att få bekräftelse av att man räcker till.	Att inte duga om man inte har sex.	Samlag av andra anledningar än egen lust	
”Man var väl rädd att han skulle vara otrogen och så”.	Rädd att bli lämnad.	Rädsla för att bli lämnad om man inte går med på sex.		
”Alltså jag är inte så, alltså jag bryr mig inte så mycket faktiskt”.	Att inte bry sig om sex inte finns i relationen.	Sex inte viktigt.	Avstånd till egen lust och eget underliv	
”Alltså, jag vet inte, det känns kanske lite i magen kanske”.	Lusten känns i magen.	Sexuell lust härleds inte till könet.		
”Usch, det bara kröp i kroppen, jag kände att jag var fel, jag ville inte vara här, jag kände mig låst”.	Det kryper i kroppen när man känner sig fel eller låst.	Negativa känslor förnims i kroppen.	Kroppen bärare av känslor	
”En riktigt dålig känsla i magen. Det är mycket att jag är arg på mig själv tror jag.”	Man får ont i magen när man är arg på sig själv.	Ilkska känns i magen.		

Diskussion

Tolkning av resultaten

En övergripande och generell tolkning av resultatet visar på att kvinnorna i studien har svårt med det egna agentskapet, att vara en handlande individ med möjlighet att påverka egna och andras inre tillstånd och att aktivt arbeta för att må bra (Rydén & Wallroth, 2008). Av materialet framträder mönster av att egna problem och behov inte betraktas som så viktiga och får träda tillbaka för andras. I sexuella relationer var det vanligt att ha sex utan egen lust och att partnerns behov prioriterades. Hur kan vi förstå sambandet och de bakomliggande faktorerna?

Att vara ung. Att prevalensen för vulvasmärta stiger i yngre åldrar hos kvinnor talar i sig för en högre utsatthet. För kvinnor i åldern 20-29 år rapporteras om prevalens på 13% (Danielsson, Sjöberg, Stenlund och Wikman, 2003) medan studier gällande kvinnor i åldern 18-22 år visar på smärta vid samlag hos var tredje kvinna (Elmerstig, Wijma och Swahnberg, 2013) och för nästan hälften hos kvinnor 13-22 år (Elmerstig, Wijma och Swahnberg, 2009).

Många kvinnor i studien hade svårt att minnas sin samlagsdebut och beskrev att de saknat kunskap om vad som händer i kroppen vid upphetsning som är en grundförutsättning för smärtfritt sex. Även om kunskapen om den egna kroppen ökat hos en del, var upplevelsen av samlagsdebuten präglad av minnen om osäkerhet, ovana och okunskap.

Att höra samman i en gemenskap med andra är ofta viktigt när man är ung och att avvika kan vara känsligt. Att inte kunna ha sex som alla runt omkring pratar om eller som media flödar av, kan försvåra för den unga kvinnan att säga nej till sex. För kvinnorna i studien var jämnårigas och medias fokusering på sex, påverkansfaktorer för sexdebuten och till att ha samlag trots smärta. Att inte berätta för partnern om smärtan, att ignorera de egna problemen och inte söka hjälp kan också tolkas som en följd av att inte vilja avvika från det normala. Sex var ju något som bara skulle fungera i en relation när det inte gjorde det kunde kännas pinsamt och göra att man inte berättade eller pratade om sina vulvasmärta. För kvinnorna i studien innebar andra kvinnors sex-snack plågsamma påminnelser och ledde till avundsjuka och känsla av orättvisa över att inte själv kunna ha sex naturligt och lustfyllt. Dessa upplevelser hos kvinnorna liknar de som beskrivs i andra studier. I Mariotts och Thompsons kvalitativa studie (2008), beskrivs känslor av orättvisa inför andra kvinnors upplevelser och beskrivningar av sex, främst bland de unga kvinnorna i studien.

Att vara i början av sina sexuella och relationella erfarenheter är också en riskfaktor för ett lågt agentskap. Kvinnorna i studien uttrycker att de inte skulle låta sig behandlas på

samma sätt igen, att man skulle lämna en destruktiv relation tidigare eller att man skulle säga ifrån tidigare vid smärtsamt sex.

Bekräftelsebehov, lågt självförtroende, oro att bli lämnad eller att inte duga framträdde som faktorer som gjorde att man hade sex trots smärta och utan egen lust, och kunde även leda till att man tog initiativ själv. Liknande resultat framträder i andra studier. Elmerstigs, Wijmas och Berterös kvalitativa studie (2008) med djupintervjuer av kvinnor i åldern 14-20 år visar att de unga kvinnorna ville bli bekräftade i sin bild av en idealkvinna; någon som alltid vill ha samlag, som känner till hur och har möjlighet att tillfredsställa sin partner.

Samlagsimperativet. Hur kan vi tolka kvinnornas uppfattning om samlag som det riktiga sättet att ha sex på i heterosexuella relationer, även i de fall annat sex egentligen uppskattades mer då det var smärtfritt? Innebär normer om att samlag är det riktiga sättet att ha sex på, påverkansfaktorer som försvårar för unga kvinnor med vulvasmärta att arbeta för ett mer smärtfritt sexliv? Kvinnor som har ont vid penetrerande sex uppmanas ofta som en del i behandlingen att vila underlivet från samlag och ha annat sex, som smeksex eller oralsex, så även kvinnorna i studien. Ibland utökas detta råd med en behandling vid sexuella problem som kallas sensualitetsträning (Fugl-Meyer & Sandström, 2010). Syftet med denna träning är främst att öka känslan av trygghet i relationen och främja njutning och glädje av kroppslig beröring utan sexuella prestationskrav. Efterhand i behandlingen inkluderas mer och mer beröring av erogena zoner och könsorgan och slutligen samlag (Fugl-Meyer & Sandström, 2010). Men, för kvinnorna i studien, var oral- eller smeksex inte alls att jämföra med samlag och kunde trots orgasm, ge en känsla av otillfredsställelse om samlag inte förekommit vid samma tillfälle.

Ska vi förstå det som att samhällets normer styr kvinnornas val eller är det utifrån egna behov och preferenser? Ayling och Ussher (2008) diskuterar hur ”the coital imperative”, (samlagsimperativet); att riktigt sex i heterosexuella relationer är penis i vagina, haft stor påverkan på kvinnorna med vulvasmärta i deras kvalitativa studie. Att inte kunna ha samlag ledde till känsla av att vara otillräcklig som partner eller kvinna. Författarna menar att diskurser av heterosexualitet och femininitet hindrar kvinnors subjektivitet och gör dem till passiva partners och objekt för mäns begär och sexuella tillfredsställelse. Elmerstig (2009) kommer i sin avhandling fram till liknande resultat. Unga kvinnors krav på att leva upp till bilden av en idealkvinna leder till ett underläge i sexuella situationer. Smärtan vid samlag, menar hon, blir därmed priset unga kvinnor betalar för det ojämlika genussystemets krav på femininitet (Elmerstig 2009). Marriott och Thompson (2008), finner också resultat kring

upplevelser av förlorad femininitet och kvinnlig identitet hos kvinnor med vulvasmärta. Att inte kunna leva upp till en partners förväntningar på sex ledde till skam och skuld känslor då sex och samlag var viktiga delar i ett ordentligt heterosexuellt förhållande.

Samlaget kan även tänkas syfta till att tillfredsställa andra närhetsbehov än sexuella. Att ha sin partner i sin kropp var ett sätt, för många av kvinnorna i studien, att känna närhet som inte kunde uppnås på annat sätt. Så att utifrån anknytningsbehov känna närhet till en partner, blir det vaginala samlaget vägen dit och överordnad vulvasmärtan som man därmed står ut med, inte berättar om eller inte aktivt tar hand om. Med andra ord uttryckt, agentskapet i sina egna känslors och behovs tjänst, får träda tillbaka för andra närhetsbehov. Ayling och Ussher (2008) belyser också i sin forskning att beslutet hos kvinnor med vulvasmärta att ha samlag även kunde komma från önskan om intimitet.

Psykisk ohälsa och somatisering. Genomgående hos de deltagande kvinnorna var psykisk ohälsa och/eller somatisering som depression, oro, ångest, panik- eller dödsångest, ADHD samt mag-tarm besvär. Att psykisk ohälsa är högre hos kvinnor med vulvasmärta visas i flera studier (Desrochers, Bergeron, Landry & Jodoin, 2008). Kvinnorna i föreliggande studie beskrev att de kunde känna sig stressade och hade höga krav på sig själva. Stress bland kvinnor med vulvasmärta, påvisas även i andra studier. Ehrströms, Kornfelds, Rylanders och Bohm-Starkes studie (2008) visade på kronisk stress hos kvinnor med provocerad vulvasmärta. Högre grad av somatisering fanns bland kvinnor med vulvasmärta i en studie kring anknytningsmönster hos kvinnor med vulvasmärta (Granot, Zisman-Ilani, Ram, Goldstick & Yovell, 2011). I studien påvisades även att bland kvinnor med vulvasmärta, var förekomst av otrygga anknytningsmönster högre än i kontrollgruppen. Författarna ser vulvasmärta som en somatisering eller ett försvar mot rädsla för övergivenhet eller intrång av partnern. Då undvikande anknytningsmönster utmärkte sig för smärtgruppen i studien drog man vidare slutsatsen att vulvasmärta innebar ett sätt att lösa den inre konflikten orsakad av rädsla för närhet för kvinnor med undvikande anknytningsmönster.

Positiva affekter som exempelvis glädje, hade kvinnorna, i föreliggande studie, inga svårigheter att uttrycka och visa för omgivningen. Däremot var det betydligt svårare att uttrycka negativa affekter eller känslor som exempelvis ilska, och att visa att man var arg på någon var svårt. Affekten, i det här fallet ilska, blir därmed inte markerad. Rydén och Wallroth (2008) skriver: ”Att markera en känsla innebär att man kan visa att man känner igen känslan och kan förstå den. Det innebär också att man ger känslan giltighet. Att inte markera medför bara att känslan upprepar sig” (s.64).

Obehag eller känsla av att något är negativt gav, hos kvinnorna i studien, kroppsliga uttryck, främst i magen. Kvinnorna gav beskrivningar om ”uschliga känslor” och att ”det kryper i kroppen”. Detta kan tolkas som svårighet med mentaliserad affektivitet; att kunna identifiera, reglera och uttrycka känslor och affekter, vilket resulterar i att de blir kvar i kroppen, främst i magen men även som en allmän oroskänsla eller ångest.

Det egna agentskapet minskar när andras behov tar över, affekterna som därmed inte uttrycks eller får utlopp, blir kvar i kroppen. Vulvasmärtnan som symptom skulle i det sammanhanget kunna ses som ett kroppsligt uttryck för det man inte kan mentalisera.

Sambandet mellan stress och mentalisering är ömsesidigt. Förmågan att mentalisera gör det lättare att hantera stress och psykiska påfrestningar samtidigt som mentaliseringsförmågan minskar vid stress (Wennerberg, 2013). Förmågan att tänka kring sig själv, vad man känner och vill och vad omgivningen känner, kan med lätthet stängas av vid ökade stressnivåer och mer primitiva, omedvetna handlingsmönster tar vid (Rydén & Wallroth, 2008). Vid upplevd rädsla och otrygghet, slås anknytningssystemen på, stressnivån ökar, mentaliseringsförmågan avtar och risken för psykisk ohälsa eller somatisering ökar.

Närhet och differentiering. Studien i denna uppsats gör inga anspråk på att bedöma anknytningmönster hos de deltagande kvinnorna. Till det krävs undersökningsinstrument som AAI, Adult Attachment Interview (Wennerberg, 2013). Dock är svårighet med balans mellan närhet och autonomi, kännetecknande för mer otrygga anknytningmönster, genomgående i materialet. Agentskapet försvagas när de egna behoven krockar med andras och det blir svårt att hävda egna behov när det drabbar andra. I kärleksrelationen, den vuxna anknytningrelationen, framträder det som särskilt svårt.

Att det finns en mottagare för den egna differentieringen verkar främja agentskapet för kvinnorna i föreliggande studie. För kvinnan som inte blev lyssnad på när hon ville avbryta samlaget var frånvaro av mottagare mycket tydlig. Men frånvaro av en mottagare, någon som det går att differentiera sig ifrån, kan vara mer subtil än så. Utöver kvinnan som beskrevs ovan, var det för gruppen kvinnor med svårighet att känna tillit, ofta egna, inre uppfattningar om den andre som gjorde det svårt att säga nej eller berätta om vulvasmärtnan. Så bristen på tillit behöver inte sammanfalla med beteende eller egenskaper hos partnern, utan ha sitt ursprung i kvinnans inre relationella arbetsmodeller. Exempel i kvinnornas berättelser var oro över att bli lämnad, att partnern skulle välja någon annan eller att man i partnerns ögon inte skulle duga som flickvän. Av den anledningen hade man samlag trots smärta och utan egen lust. Lösningen för att reglera den upplevda otryggheten, oron för ensamhet och övergivenhet,

blir att inte uttrycka egna behov. Mentaliseringen av de egna behoven träder tillbaka och differentieringen uteblir (Wennerberg, 2013).

För gruppen med långa, nära relationer var differentieringen låg hos både kvinnan och hennes partner, kommunikationen kring egna behov vag från båda parter, initiativtagande till sex var lågt och kvinnorna drog antaganden om vad partnern tyckte om de sexuella problemen i relationen. För dessa kvinnor betonades just betydelsen av den nära vänskapen till partnern, som ens bästa vän, den man delar allt med. Parterapeuten Ester Perel (2007) betonar att närhet och förtrolighet kan leda till nedsatt lust i relationen. När intimiteten, närheten, i relationen blir till sammansmältning, är det just närheten som kan påverka attraktionen till partnern och lust till sex.

Sammansmältning är motsatsen till differentiering och leder till att man i en relation inte reglerar sina inre tillstånd själv utan de egna känslorna står i beroende till partnerns reaktioner (Wennerberg, 2013). Ju mindre grad av differentiering, ju större risk att relationen känns som en räddningsplanka eller ett fängelse, som man antingen vill klamra sig fast vid eller fly (distansera) sig ifrån, strategier kännetecknande för ambivalent eller undvikande anknytningsmönster. Båda strategierna innebär hög grad av sammansmältning och låg grad av differentiering i relationen.

Svårighet för kvinnor med vulvasmärta att differentiera ut sig i relation till en partner, framträder i flera studier. Vanlig förekomst av att prioritera partnerns sexuella behov framför sina egna, att låtsas njuta av sex och inte berätta om smärtan, visas i Elmerstigs, Wijmas och Swanbergs studie (2013). I Mariotts och Thompsons (2008) forskning kring kvinnors upplevelser av att leva med vulvasmärta fanns, liksom i föreliggande studie, berättelser om oro över att bli lämnad av partnern, eller att han skulle vilja vara med en annan kvinna om man sa nej till samlag.

Forskning kring partnerns underlättande eller bekymrade inställning visar att denna har påverkan på kvinnor med vulvasmärta (Rosen, Bergeron, Glowacka, Deslisle & Baxter, 2012; Rosen et al, 2014). Bemötande från en underlättande partner visade sig leda till ökad sexuell tillfredsställelse och mindre smärta hos kvinnorna. Kan man tolka det som att kvinnorna reagerade positivt på partnerns förståelse och förmåga att hantera de sexuella problemen, ett uttryck för differentiering och självständighet, och att det främjade egen sexuell differentiering? Perel (2007) menar att man, för att bli sexuellt upphetsad, måste kunna koppla bort oro och för att söka njutning krävs även ett visst mått av egoism. För en del gör omsorgen för den de älskar det svårt för dem att vara egoistiska.

Hur kan man tolka sambandet som framträder i materialet hos två kvinnor som tydligt avviker både vad gäller att aldrig låta en väns behov träda över de egna och att kunna sätta ord på lust, kropp och sexualitet? Finns det hos dessa kvinnor en större förmåga att hålla fast vid sig själva trots att andras behov gör sig påmind? Och är det kanske det som gör att det går att skilja ut den egna lusten och sexualiteten som något som står för sig självt? Perel (2007) skriver att även om förtrolighet är en grogrund för sexuell lust, krävs det, för att känna njutning att man är två separata individer. Hon menar att vi därför behöver vända oss mot oss själva och fokusera på vårt eget inre och bli egoistiska för ett ögonblick. ”Kärleken vill helst veta allt om dig – erotikern behöver ett mysterium. Kärleken vill krympa avståndet mellan dig och mig, medan erotikern växer av det avståndet” (s.63).

Vulvasmärta hinder för agentskap. Hos samtliga kvinnor i materialet beskrevs en tendens att späna sig i sexuella situationer. Sambandet finns i att känna rädsla över att uppleva smärta utifrån tidigare upplevelser av smärta vid sex. Detta kan leda till sekundär vaginism (Bohm-Starke & Johannesson, 2013), en ond cirkel av att smärta vid samlag gör att ingången till vagina sluter sig och penetrerande sex blir än mer smärtsamt.

Att vara egen agent i sin sexualitet blir svårt när sex förknippats med smärta. I det här sammanhanget blir även samlagsimperativet en viktig faktor, att sex likställs med penetrerande vaginala samlag. Att ta initiativ till sex som kanske kommer att göra ont och som man därför kanske inte kan fullfölja, gör det svårt för kvinnor med vulvasmärta att vara egna agenter i sin sexualitet. Att länge haft problem med och upplevt smärta vid samlag ledde till negativa associationer av sex och samlag med frustration och reducerad lust som följd. Osäkerhet inför att gå in i nya relationer, trots en längtan efter detsamma, hade samband med erfarenheter av smärta vid samlag. Thomténs studie (2014), visar på att vulvasmärta har en stark påverkan på drabbade kvinnors liv, inte bara när det gäller sex. Negativa, upprätthållande, cirkulära processer kan lätt bli följden av vulvasmärta, nedsatt sexuell lust och muskulära spänningar i underlivet.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att agentskapet hos unga kvinnor med vulvasmärta påverkas av och samverkar med faktorer som att vara ung, förmåga att känna och uttrycka affekter, förmåga till mentalisering och att differentiera ut sig. Vulvasmärta kan i sig försvåra möjlighet till att vara en sexuell agent, liksom samlagsimperativets syn på vaginalt samlag som riktigt sex.

Styrkor och svagheter i studien

En styrka i studien är att vald undersökningsmetod med djupintervjuer och kvalitativ innehållsanalys passar för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Huruvida urvalet av deltagare är representativt kan diskuteras. Det faktum att ställa upp på att bli intervjuad av en okänd person kring något så känsligt som den egna sexualiteten, kan tyda på en viss säkerhet och trygghet hos de deltagande kvinnorna. I detta betraktande kan man tänka att de därmed inte skulle representera gruppen unga kvinnor med vulvasmärta så väl. Dock kan man tänka att motivet att delta i studien, kan påverkas av tendens att vilja ställa upp och hjälpa andra genom att bidra till ökad förståelse för en problematik som ställt till det mycket för dem själva. Resultat har inte som mål att kunna generaliseras utifrån kvalitativa studier men att kunskapen blir möjlig att överföra till liknande grupper är önskvärt.

Under analysarbetet uppkom tanken om att intervjuguiden hade behövt innehålla en specifik fråga om kvinnornas erfarenhet och inställning till onani. Antagande gjordes att onani skulle komma upp vid frågor om sex, vilket var fallet i en del intervjuer, men inte i alla. Nu i efterhand ses att det hade varit en betydelsefull och givande komponent i förståelse av lust och egen sexualitet hos de deltagande kvinnorna.

Vidare hade mer material kring samlagsdebuten varit önskvärt i analysarbetet. Detaljerade frågor hade behövt ställas kring när samlagsdebuten var, upplevelser av den, hur det var med den egna lusten eller den egna viljan till att ha sex. I flera intervjuer kom detta fram ändå men inte heltäckande i materialet.

Studiens användbarhet i behandling av vulvasmärta

Hur kan man arbeta för att ökat sexuellt agentskap hos unga kvinnor? Frånvaro av kunskap kring sexuell lust och hur den egna kroppen fungerar vid sexuell upphetsning var vid sexdebuten påfallande stort bland kvinnorna i studien. Även om en del hade förstått och lärt sig mer sedan sexdebuten var det genomgående så att denna präglades av osäkerhet och okunskap om vikten av lubrikation och blodfyllnad i underlivet för att möjliggöra ett smärtfritt samlag. Vi kan alltså inte ta för givet att denna kunskap finns hos alla unga kvinnor, särskilt inte i tonåren.

Vi som arbetar på Ungdomsmottagningar har såväl kompetens som möjlighet att prata om sex och sexuella problem. I det individuella mötet med den unga kvinnan som söker hjälp för vulvasmärta eller annan anledning, kan vi lyfta och undersöka kännedom om det egna underlivet. Onanerar den unga kvinnan? Vet hon hur det ska kännas i hennes underliv när hon är sexuellt upphetsad? Har hon kunskap om hur hennes underliv ser ut och fungerar? I mötet

med unga män kan vi ställa frågor om och belysa vikten av att vänta in, se till eller försäkra sig om att den kvinnliga sexpartnerns underliv är redo för samlag.

I det utåtriktade arbetet med skolklasser har vi en unik möjlighet att informera om och prata om vikten att skaffa sig kunskap om hur den egna kroppen fungerar sexuellt, liksom hur en partner av motsatt kön fungerar. Här kan vi dessutom, främst i åttondeklasser, nå ut brett till många med information innan sexdebuten, som vi vet har sitt medelsnitt mellan det 16:e och 17:e levnadsåret. Vi kan här även betona och prata om vikten av att låta sexdebuten ske utifrån det egna valet och utan påverkan av andra liksom att sex kan vara mycket mer än samlag.

Frågor kring relationen till partnern behöver ställas till den unga kvinnan som söker för vulvasmärta, liksom om möjlighet finns för annat sex än samlag. En informant saknade frågor om relationen till partnern i behandlingen och hade själv i efterhand förstått hur relationen påverkat henne och hennes smärtproblematik. Hur vi blir bemötta av vår partner avseende respekt och förståelse för våra egna behov, sexuella och andra, är självklart avgörande för vår förmåga till tillit och trygghet i relationen. Men, vi behöver även som behandlare vara medvetna om att den unga kvinnans förmåga att känna tillit och trygghet till en partner också påverkas av inre, för henne omedvetna arbetsmodeller för hur vara och känna i en nära relation. Med andra ord, kan kvinnans förmåga att känna trygghet i relation till partnern, påverkas mer av de inre arbetsmodellerna än partnerns bemötande eller beteende.

I det terapeutiska arbetet med kvinnor med vulvasmärta, behöver vi ha med oss att sex och sexuell lust främjas av en balans mellan närhet och differentiering i en relation. Den unga kvinnan behöver bli medveten om att möjlighet att vara närvarande och njuta av sex kan försvåras av andra, för henne omedvetna anknytningsbehov. Nya, nära relationer kan möjliggöra utveckling mot tryggare anknytningsmönster men oftast behöver man bli medveten om att de inre arbetsmodellerna är på väg mot en förändring för att den ska bestå och leda till en inre varaktig förändring.

Den terapeutiska behandlingen av vulvasmärta kan även behöva ha ett fokus kring förståelsen av hur känslor och affekter som inte får utlopp, förmedlas eller tas omhand av andra, kan somatiseras och sätta sig i den egna kroppen.

Den terapeutiska relationen kan erbjuda möjlighet till ökad affektreglering och förståelse samt förändring och förståelse kring de inre arbetsmodellerna, inte minst för att den i sig kan bli en nära relation där de inre omedvetna anknytningsmönstren spelas upp.

Förslag till fortsatt forskning

Det behövs mer forskning kring anknytning och vulvasmärta för att bättre kunna möta behovet hos unga kvinnor med vulvasmärta. Det finns behov av ökad kunskap och förståelse för hur anknytningsmönster och inre arbetsmodeller kan påverka möjlighet till att vara en, av egen lust och egna behov, aktiv agent i sexuella situationer.

Tack

Det är många som möjliggjort för mig att skriva denna uppsats, vilket betyder att jag har många att tacka för att den blivit skriven. I första hand vill jag tacka er unga kvinnor som deltog i studien för att ni tog er tid att låta er bli intervjuade och dela med er av era tankar, känslor och erfarenheter om något för er bekymmersamt och svårt. En hel del näsdukar gick åt, vilket ju är fullt naturligt när man pratar om känslösamt svåra saker. Många av er sa att ni valt att delta utifrån en önskan om att kunna bidra till en ökad förståelse för problematiken med vulvasmärta och visade uppskattning för att jag ville fördjupa mig i ämnet. Jag önskar er allt gott och inte minst att ni får hjälp att bli av med problemen med vulvasmärta.

Stort tack till Eva Elmerstig, min handledare. Ditt stora intresse för och kunskap kring problematiken med vulvasmärta märktes genom ditt engagemang i handledningen av mitt arbete. Din forsknings-erfarenhet lyste också igenom i dina råd och kloka reflektioner. De ”hands-on” råd jag fick inför intervjuerna var till stor hjälp när jag skulle ”kliva ur” terapeutrollen in i intervjurollen. Handledningen inför analysarbetet var också pedagogisk och konkret vilket hjälpte mig att greppa hur jag skulle ta mig an materialet.

Tack till kollegor på Ungdomsmottagningar i Skåne som förmedlat kontakt med deltagare. Tack även till er kollegor som frågat och informerat om studien, även om det inte ledde till deltagande. Tack till enhetschefer som lät mig komma och informera på möten och för att ni även förmedlat skriftlig information till medarbetare.

Tack till min chef och mina kollegor på Ungdomsmottagningen i Landskrona för stöd och uppmuntrande kommentarer om att jag håller på med ett spännande arbete ni ser fram emot att ta del av. Det är ju tillsammans med er kollegor som jag möter patienter med vulvasmärta som vi försöker hjälpa just utifrån våra olika kompetenser. Vi pratar ju ofta om att den helhetssyn som Ungdomsmottagningarna står för, inte minst blir tydliga i arbetet med denna problematik.

Till sist, men inte minst, tack till min man och mina barn för förståelsen för en fru och en mamma som antingen sitter försjunken i böcker, sittande vid datorn eller som bara går omkring allmänt disträ och funderar över ett samband eller en formulering. Henric, Joel och Jacob, nu är mitt ”skolarbete” över.

Referenser

- American Psychiatric Association. DSM-5. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.) Arlington: American Psychiatric Association.
- Ayling, K & Ussher, J. (2008). "If sex hurts, am I still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 37:294-304.
- Bergeron, S., Likes, M, W. & Steben, M. (2014). Psychosexual aspects of vulvovaginal pain. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 28, 991-999.
- Bohm-Starke, N. & Johannesson, U. (2013). *Vulvodyni: vulvasmärta* (Vulvovaginala sjukdomar, 2013:71). SFOG.
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N.O., McDuff, P. & Grégoire, C. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function and pain self-efficacy. *Journal of Sexual Medicine*, 10:2024-2035.
- Danielsson, I., Sjöberg, I., Stenlund, H. & Wikman, M. (2003). Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31 (2) 113-8.
- Desrochers, G., Bergeron, S., Landry, T. & Jodoin, M. (2008). Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34:198-226.
- Dewitte, M. (2012). Different perspectives on the sex-attachment link: Towards an emotion-motivational account. *Journal of Sex Research*, 49 (2-3):105-124.
- Elmerstig, E. (2009). *Painful ideals: Young women's ideal sexual situations and experiences of pain during vaginal intercourse*. (Doktorsavhandling). Linköpings Universitet, Hälsouniversitetet.
- Ehrström, S., Kornfeld, D., Rylander, E. & Bohm-Starke, N. (2009). Chronic stress in women with localised provoked vulvodynia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 30 (1): 73-79.
- Elmerstig, E., Wijma, B. & Berterö, C. (2008). Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *Journal of Adolescent Health*, 43:357-63.
- Elmerstig, E., Wijma, B. & Swahnberg, K. (2009). Young swedish women's experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavia*, 88, 98-103.
- Elmerstig, E., Wijma, B. & Swahnberg, K. (2013). Prioritizing the partner's enjoyment: a population-based study on young swedish women with experience of pain during vaginal intercourse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(2):82-89.

- Fonagy, P., Gergely, G, Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affectregulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48: 3/4, pp. 288-328.
- FSUM. *Ungdomsmottagningen; Kort verksamhetsbeskrivning*. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar.
- Fugl-Meyer, K & Sandström, E. (2010). I Lundberg, P-O. & Löfgren-Mårtensson, L. (Red.) *Sexologi* (pp. 379-384). Stockholm: Liber.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Granot, M., Zisman-Ilani, Y., Ram, E, Goldstick, O & Yovell, Y. (2011). Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37:1-16.
- Kvale, S. (1996). *An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Landry, T. & Bergeron, S. (2009). How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *Journal of Sexual Medicine*, 6: 927-35.
- Landry, T. & Bergeron, S. (2011). Biopsychological factors associated with dyspareunia in a community sample of adolescent girls. *Archives of Sexual Behavior*, 40:877-889.
- Lundh, L-G. (2012). *Vetenskapsteori för psykoterapeuter, del 1*. Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Grankär, M. & Höglund-Nielsen, B (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, (pp. 187-201) Lund: Studentlitteratur.
- Marriott, C. & Thompson, A.R. (2008). Managing threats to femininity and interpersonal experience of living with vulval pain. *Psychology and Health*, 23(2): 243-258.
- Mini-D IV. (2002). *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Pilgrim Press.
- Olsson, I-L. & Örjes-Svensson, B. (2006). *Smärta vid samlag -en teambehandling*. FoU Södertörn.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3:e uppl. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Perel, E., (2007). *Vill ha dig*. Stockholm: Natur och kultur.
- Rosen, N.O., Bergeron, S., Glowacka, M, Deslie, I. & Baxter, M.L., (2012). Harmful or helpful: Percieved solicitous and facilitative partner responses are differentially associated

with pain and sexual satisfaction in women with provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 9:2351-2360.

Rosen, N.O., Bergeron, S., Sadikaj, G., Glowacka, M., Delisle, I. & Baxter, M.L. (2014). Impact of male partner responses on sexual function in women with vulvodynia and their partners: A dyadic daily experience study. *Health Psychology*, 33(8):823-831.

Rydberg, C. & Engman, M. (2013). *Dyspareuni: smärta vid samlag* (Vulvovaginala sjukdomar, 2013:71). SFOG.

Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och Kultur.

Sharp, C. & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3).

Thomtén, J. & Linton, J., S. (2013). A psychological view of sexual pain among women: applying the fear-avoidance model. *Women's health*, 9(3), 1-13.

Thomtén, J. (2014). Living with genital pain: Sexual functions, satisfaction, and help-seeking among women living in Sweden. *Scandinavian Journal of Pain*, 5, 19-25.

Thomtén, J. & Linton, J., S. (2014). When sex hurts: Female genital pain with sexual consequences deserves attention: A position paper. *Scandinavian Journal of Pain*, 5, 202-205.

Tidefors, I. (2010). Anknytning och sexuell utveckling. I Lundberg, P-O. & Löfgren-Mårtensson, L. (Red.) *Sexologi* (pp. 81-85). Stockholm: Liber.

Tidefors, I. (2012). Anknytningsteori - ett sätt att förstå sexualiteten. *Psykologtidningen*, 6, 26-30.

Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer: Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wennerberg, T. (2013). *Själv och tillsammans: Om anknytning och identitet i relationer*. Natur och Kultur.

Till Dig som arbetar med unga kvinnor med samlagssmärta ...

Jag heter Marie Samuelsson och arbetar sedan 15 år tillbaka som kurator på Ungdomsmottagningen i Landskrona. Sedan hösten 2012 studerar jag (utöver mitt arbete) till psykoterapeut vid Lunds Universitet. Studierna kommer att avslutas under våren 2015 med en 15 p uppsats. Min uppsats ska handla om unga kvinnor med samlagssmärta, sk vulvavestibulit, en relativt vanlig patientgrupp på UM där jag på vår mottagning arbetar i team med barnmorska och gynekolog.

Min kliniska erfarenhet av att ha mött ett antal unga kvinnor med samlagssmärta, visar en bild där symtomet (samlagssmärta) kan förstås utifrån ett psykosomatiskt perspektiv, där kroppen av någon anledning säger nej till penetrerande sex. Jag tycker mig ofta hos dessa patienter se ett mönster av att ha fokus på andras behov generellt, inte bara sexuella. Ofta tar dessa unga kvinnor mycket ansvar och har svårt att be om hjälp. Min uppfattning är även att de har svårt att uttrycka egna behov och önsknningar, inklusive sexuella. Dessa omständigheter vill jag undersöka vidare och har valt som teoretisk grund ett begrepp inom mentaliseringsteorin, det *psykologiska agentskapet*, som kan uttryckas så här:

*upplevelsen av att vara en psykologisk agent, ett handlande objekt, med förmåga att påverka sina egna inre tillstånd och sin omvärld

*en grundläggande upplevelse av att vara sina egna tankars, känslors och handlingars upphov

*förmågan att känna att man själv är den som får saker att hända och som förmågan att känna ansvar för sig själv och aktivt arbeta för att må bra

Syftet med studien är att få ökad kunskap om hur unga kvinnor med samlagssmärta ser på sig själva som psykologiska agenter. I vilken utsträckning är man sin egen agent i känslor, handlingar och uttryck? Hur erkänns och uppmärksammas de egna behoven och hur förmedlar man och uttrycker sina behov och önsknningar, speciellt sexuella?

Metod

Studien är kvalitativ och datainsamling kommer att ske genom djupintervjuer vilka kommer att ljudinspelas och transkriberas innan analys. Alla bandinspelningar och intervjuer kommer att vara kodmärkta och förvaras inlåsta. Vid analys och databearbetning av textmassan kommer den information som individen lämnat att hanteras kodad och aidentifierad. Undersökningsdeltagare kommer att erhålla muntlig och skriftlig information om studiens syfte, dess tillvägagångssätt, frivillighet och att de när som helst kan avbryta deltagandet utan att ange orsak.

Min handledare är Eva Elmerstig, leg barnmorska, Med. doktor, forskare och verksam vid Malmö Högskola. Hon har ett stort intresse för och har forskat kring samlagssmärta bland unga kvinnor. Hon har även arbetat som barnmorska på en Ungdomsmottagning.

För att kunna genomföra studien behöver jag hjälp av kollegor inom Ungdomsmottagningarna i Skåne med att hitta unga kvinnor som vill delta i studien. Ta gärna namn och kontaktuppgifter på de som är intresserade och förmedla till mig. Dela gärna ut riktat informationsblad till de som är intresserade.

Tack på förhand för hjälpen. Hör gärna av Dig om du har frågor.

Mitt direktnr till arbete är 0418-454236, mobilnr 0736-471633

Mail: marie.c.samuelsson@skane.se eller marie.c.samuelsson@gmail.com

Marie Samuelsson
Kurator

Är Du ung kvinna och vill delta i en studie om samlagssmärta?

Denna information lämnas till Dig som är ung kvinna och har kontakt med en Ungdomsmottagning p g a samlagssmärta.

Jag heter Marie Samuelsson och arbetar sedan 15 år tillbaka som kurator på Ungdomsmottagningen i Landskrona. Sedan hösten 2012 studerar jag (utöver mitt arbete) till psykoterapeut vid Lunds Universitet. Under hösten 2014 och våren 2015 kommer jag att göra en studie om unga kvinnor med samlagssmärta. Studien kommer att resultera i en uppsats.

Det är många unga kvinnor som besväras av samlagssmärta, dock saknar vi fortfarande kunskap inom detta område.

Syftet med denna studie är att få ökad kunskap om hur unga kvinnor tänker och resonerar kring samlagssmärta.

För att kunna göra detta arbete behöver jag komma i kontakt med unga kvinnor som kan tänka sig dela med sig av sina tankar och känslor.

Jag frågar nu dig om du vill medverka i denna studie. Att medverka innebär att delta i en intervjustudie. Intervjun genomförs av mig vid ett separat besök på ungdomsmottagningen eller på en annan plats som känns bra för dig. Intervjun tar ca en timme. Jag spelar in intervjuerna på band och skriver sedan ut dem. Inget av det du berättar kommer att kunna knytas till dig som person. Alla uppgifter du lämnar aidentifieras, vilket innebär att de märks bara med ett nummer. Endast jag har en kodlista över vem som har vilket nummer. Inspelat och utskrivet material liksom kodlista kommer att vara inlåsta.

Ditt deltagande är helt frivilligt. Om du inte vill delta påverkar detta inte alls din fortsatta kontakt på ungdomsmottagningen. Du kan när som avbryta att vara med i studien utan att behöva berätta om varför.

Är du intresserad eller har frågor, tveka inte att ta kontakt med mig. Du kan också prata med den du träffar på din Ungdomsmottagning.

Mitt direktnr till arbete är 0418-454236, mobilnr 0736-471633

Mail: marie.c.samuelsson@skane.se eller marie.c.samuelsson@gmail.com

Tack på förhand för Din medverkan och Ditt intresse!

Marie Samuelsson

Kurator

Ungdomsmottagningen Landskrona

SAMTYCKE

Projektets titel:

Studieansvarig:

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:

Datum:.....

Deltagarens underskrift:.....

Bakgrund

Ålder/födelseår

Sysselsättning/Utbildningar

Boende/Bostadsområde

Familj/Familjerelationer/Uppväxtförhållanden/Etnisk bakgrund

Sjukdomar

Problematik/symtom

Kan du berätta för mig hur problemen med samlagssmärta ser ut?

Hur länge har du haft dem? När/hur startade de?

Vad tror du de beror på?

Socialt/psykiskt/fysiskt mående i övrigt

Kan du berätta för mig hur du trivs med livet du lever nu? Om inte, vad vill du förändra?

Hur upplever du att du mår nu? Har det funnits perioder i ditt liv då du mått dåligt?

Partner

Sexuell relation, hur länge? Tidigare partners?

Kan du berätta för mig när problemen med samlagssmärta började i relationen?

Har du haft problem med samlagssmärta i tidigare relationer?

Hur upplever du din partners inställning? Pratar ni om problemen med samlagssmärta?

Hur pratar ni? Hur känns det för dig att prata om problemen?

Upplever du att relationen påverkas av problemen? Har relationen förändrats? I så fall hur?

Sexuellt samspel

Kan du berätta för mig vad du tycker om sex?

Kan du beskriva vad sex är för dig? Kan du beskriva vad sex betyder för dig?

Har problemen gjort att ni haft annat sex? Händer det/har det hänt att du haft samlag trots smärta?

I så fall, har du tankar om varför? Hur har du upplevt det, hur har detta känts för dig?

Hur vet du när du vill ha sex?

Kan du berätta för mig hur du visar vad du vill när det gäller sex?

Kan du beskriva hur du visar vad du inte vill när det gäller sex?

Om dina sexuella behov krockar med din partners, kan du beskriva vad som händer/ vad gör du/ hur känns detta?

Relationer

Kan du berätta för mig om dina vänskapsrelationer/nära relationer?

Vad tänker du om andras betydelse för dig/din betydelse för andra?

Upplever du att du kan berätta för andra hur du mår/visa vad du verkligen känner?

Vems behov du sätter främst?

Vad händer om dina behov krockar med någon annans? Hur känns det för dig?

Att se till egna behov (göra tydligt för informanten att det nu handlar om generellt inte bara sexuellt)

Kan du berätta för mig hur du vet/känner att något inte är bra/känns bra för dig?

Kan du beskriva hur du förmedlar detta till andra?

Att se till egna önskningar

Kan du berätta för mig hur du vet/känner du när du vill något?

Hur förmedlar du det till din omgivning?

Kan du beskriva vad som händer om dina önskningar krockar med någon annans? Hur upplever du att det blir för dig/hur känns det för dig?