



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Sociologiska Institutionen

## Obligatorisk sexualitet

Hur medikaliserande diskurs konstruerar

(a)sexualitet som avvikande

Alice Olsson

Kandidatuppsats SOCK10, 15 hp

Vårterminen 2022

Handledare: Tobias Olofsson

Alice Olsson

Obligatorisk sexualitet – Hur medikaliserande diskurs konstruerar (a)sexualitet som avvikande

Kandidatuppsats: SOCK10, 15 hp

Handledare: Tobias Olofsson

Sociologiska Institutionen, VT 2022

## Abstrakt

Forskning kring asexualitet är fortfarande skral till sin mängd och bredd jämfört med forskning kring andra sexuella minoriteter och har dessutom till stor del uppehållit sig vid definition av asexualitet snarare än fördjupad förståelse av exempelvis asexuella narrativ. Denna uppsats ämnar utforska hur medikaliserande diskurs konstruerar (a)sexualitet som avvikande och vad sådan diskurs kan säga om sexualitet generellt genom det för denna studie centrala begreppet obligatorisk sexualitet. Studien syftar till att lyfta fördomar och förtryck kring asexuella personer och visa på den potential forskning om asexualitet har i att bidra till bredare förståelse av (a)sexualitet. Detta genom kvalitativa intervjuer vilka analyserats diskursivt med teoretisk utgångspunkt i social konstruktion och medikaliseringsteori. Resultatet föreslår tre kriterier för begreppet obligatorisk sexualitet; allosexualitet, sexuell praktik och libido. Detta förstås som en central del av människan. Avvikelse är ett brott från den friska sexualiteten och riskerar att göra en till föremål för medikalisering. Detta tydliggörs genom den medikaliserande diskurs där asexualitet inte är giltigt i sig själv utan en avvikelse vilken kräver ogiltigförklarande eller medicinsk orsak. Genom medikaliserande diskurs kring det avvikande och i relation till den obligatoriska sexualiteten konstrueras (a)sexualitet som antingen avvikande eller naturlig, där asexualitet konstrueras som avvikande enligt informanternas utsagor.

Nyckelord: asexualitet, medikalisering, compulsory sexuality, diskursanalys, social konstruktion

## Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Bakgrund	5
1.2 Problemformulering och frågeställning	6
1.3 Översättning och definitioner	6
2. Tidigare forskning	8
3. Teoretiskt ramverk	10
3.1 Diskursanalys	10
3.2 Medikaliseringsteori	11
3.3 Obligatorisk sexualitet	14
4. Metod och material	15
4.1 Forskningsansats	15
4.2 Undersökningsmetod	16
4.3 Urvalsprocess	16
4.4 Tillvägagångssätt	17
4.5 Databearbetning	17
4.6 Metoddiskussion	18
4.7 Etiska Överväganden	19
5. Resultat	22
5.1 Ogiltigförklarande	22
5.2 Orsak	22
5.2.1 Somatiska orsaker	23
5.2.2 Psykiska orsaker	23
5.3 Analys av ogiltigförklarande och orsak	23

5.4 Obligatorisk sexualitet	26
5.5 Analys av obligatorisk sexualitet	27
6. Diskussion	29
7. Referenslista	31
8. Bilagor	34
8.1 Informations- och samtyckesblankett Svenska	34
8.2 Informations- och samtyckesblankett Engelska	36
8.3 Mailutskick informanter Svenska	38
8.4 Mailutskick informanter Engelska	39
8.5 Annonsering om informanter till studien	40

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

En asexuell person kan förstås som:

*“Someone who experiences little to no sexual attraction” (Ditch The Label, 2022)*

Det är den definition denna uppsats valt att använda sig av och utgår från vid användning av begreppet asexualitet eller asexuell person. Diskussion kring definition och översättning av bland annat detta begrepp kommer under rubriken 1.3 översättning och definitioner. Tidigare forskning kring asexualitet har i mångt och mycket ägnat sig åt att just definiera asexualitet (Brotto et al., 2010; Brotto och Yule, 2011; Prause och Graham, 2007; Bogaert, 2004, 2006, 2008, 2015; Flore, 2013; Hinderliter, 2013). En av de stora frågorna har varit huruvida asexualitet ska förstås som sexuell läggning, medicinskt fenomen eller någonting där emellan. På grund av detta har mycket av denna forskning på ett eller annat sätt berört medikalisering av asexualitet. Forskning som behandlat attityd och fördom gentemot asexuella personer pekar bland annat på en medikalisering diskurs där asexualitet inte bara ses som en mindre, eller inte alls, giltig sexuell läggning utan även som någonting avvikande från vad som uppfattas vara mänsklig natur (MacInnis och Hodson, 2012; Hoffarth, Drolet, Hodson och Hafer, 2016 och Bogaert, 2015). Asexuella personer förstås enligt MacInnis och Hodson (2012, s. 728) som *“less than human”* vilket gör dem till en *“extreme orientation outgroup”* (MacInnis och Hodson, 2012, s. 739) vilken lider stor risk att utsättas för fördomar och förtryck. Vidare forskning kring varför det är så eller vad detta grundar sig i har knappt berörts och MacInnis och Hodson (2012) understryker vikten av vidare forskning gällande sätt att förstå grunderna i och bakom denna diskurs.

Diskurser och begrepp måste förstås relationella. Medikalisering diskurs kring asexualitet där asexuella beskrivs som mindre mänskliga säger i samma andetag någonting om att det finns sexualitet som anses ligga närmre mänsklig natur och att denna sexualitet är en kärnegenskap hos människan. Genom att intervjua asexuella personer kring upplevelser av medikalisering ämnar jag kartlägga denna diskurs och analysera den genom diskurs- och medikaliseringsteori för att på så sätt inte bara bidra med förslag på vad fördomar och förtryck mot asexuella tar avstamp i utan även hur en kan förstå hur asexualitet konstrueras i relation till allosexualitet<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Someone who does experience sexual attraction or an intrinsic desire to have sexual relationships (or the adjective describing a person as such) (AVEN, 2022)

Genom detta hoppas jag kunna undersöka den potential forskning kring asexualitet har i att bidra till nya sätt att förstå syn på (a)sexualitet generellt.

## 1.2 Problemformulering och frågeställning

Mot bakgrund av detta ämnar jag i denna uppsats diskursivt utforska hur medikalisering av (a)sexualitet kan förstås genom följande forskningsfrågan;

Hur konstruerar medikaliserande diskurs asexualitet som sexuellt avvikande enligt informanternas upplevelser?

Då begrepp och diskurser måste förstås relationellt kommer ramarna för den diskurs en ämnar beskriva ofrånkomligen beskriva vad som inte får plats inom diskursen (Börjesson och Palmblad, 2007). Det är i relation till normativ sexualitet som asexualitet genom medikaliserande diskurs kan konstrueras som avvikande. Därför är min andra forskningsfråga;

Vad kan diskurs om medikaliserad (a)sexualitet säga om sexualitet generellt?

## 1.3 Översättning och definitioner

De översättningar och definitioner jag använder mig av är menade som ett, av flera, sätt att förstå begreppen jag använder mig av. Dessa definitioner är direkta citat från AVENs<sup>2</sup> hemsida (AVEN, 2022), vilka kanske inte innebär en i alla sammanhang korrekt akademisk definition av begreppen. Däremot är AVEN på många sätt ansiktet utåt för det asexuella community:t och har ett stort inflytande över vad som anses som erkända definitioner inom community:t. På så sätt menar jag att genom att använda dessa speglar jag i någon ytterligare mån (a)sexualitet så som det förstås inifrån community:t. De enda begrepp jag valt att inte hämta från AVEN är just definitionen av asexualitet och definitionen av queer. Detta då AVEN inte skriver ut någon definition av begreppet queer och då deras definition av asexualitet kan menas inte vara lika inkluderande som andra definitioner (Chasin, 2022). AVEN använder sig av definitionen:

*“Someone who does not experience sexual attraction or an intrinsic desire to have sexual relationships (or the adjective describing a person as such)”* (AVEN, 2022)

---

<sup>2</sup> The Asexual Visibility and Education Network (AVEN, 2022)

Jag kommer istället använda mig av den definition av asexualitet som bland annat den asexuella och aromantiska aktivisten Yasmine Benoit använder, vilken lyder:

*“Someone who experiences little to no sexual attraction”* (Ditch The Label, 2022)

Citatet och följande beskrivning är hämtat ur en intervju med Yasmine Benoit kring definitionen av asexualitet. Hon berättar att asexualitet är ett paraplybegrepp inom vilket det finns identiteter som beskriver under vilka omständigheter en kan komma att uppleva viss form av sexuell attraktion så som för demisexuell eller greysexuell läggning (Ditch The Label, 2022). Genom att använda denna definition av begreppet asexualitet hoppas jag inkludera fler av de många sätt en kan vara asexuell på.

Asexuell:	“Someone who experiences little to no sexual attraction” (Ditch The Label, 2022)
Ace:	“An informal label for asexuals or people under the asexual umbrella” (AVEN, 2022)
Allosexuell:	“Someone who does experience sexual attraction or an intrinsic desire to have sexual relationships (or the adjective describing a person as such)” (AVEN, 2022)
Attraktion:	“A mental or emotional force that draws people together. This can be broken down into types, such as sexual, romantic, aesthetic, or sensual. This can be towards specific people, specific types of people, or a general personal feeling” (AVEN, 2022)
Sexuell attraction:	“Desire to have sexual contact with someone else or to share our sexuality with them” (AVEN, 2022)
Queer:	”[...] att helt enkelt vända upp och ned på antagandet att det finns ett normalt och onormalt sätt att vara en sexuell kvinna eller man. På så sätt ger oss queer redskap att ifrågasätta samhällets för givet tagna sanningar, vare sig det handlar om genus, sexualitet eller annan form av normalitet” (Ambjörnsson, 2006, s. 9)

Begreppet compulsory sexuality (Emens, 2013; Chasin, 2015; Gupta, 2015; Vance, 2018) kommer översättas till obligatorisk sexualitet genomgående till den här uppsatsen.

## 2. Tidigare forskning

Tidigare forskning kring asexualitet har till stor del handlat antingen om att befästa eller fria asexualitet från medicinska termer eller om att försöka definiera, klassificera och kartlägga asexualitet och asexuella personer utifrån tanken om asexualitet som sexuell läggning (AVEN). Bland dessa förekommer Brotto et al. (2010), Brotto och Yule (2011), Prause och Graham (2007) och Bogaert (2004, 2006, 2008, 2015). Stor del av forskningen är kvantitativ men även den kvalitativa forskningen, exempelvis Brotto et al. (2010) och Prause och Graham (2007), uppehåller sig vid definition, klassifikation och kartläggning av asexualitet. Det verkar finnas en stor upptagenhet vid att söka ”sanningen” om asexualitet, kanske eftersom det finns så många olika idéer kring hur det ska förstås. Det finns exempelvis ett flertal artiklar vilka behandlar frågan om skillnaden mellan asexualitet som sexuell läggning och medicinska diagnoser så som hypoactive sexual desire disorder (HSDD)<sup>3</sup> (Flore, 2013; Hinderliter, 2013).

Eftersom att det varit viktigt för forskningen att försöka etablera huruvida asexualitet ska ses som en sexuell läggning eller en medicinsk diagnos så behandlar mycket av forskningen kring asexualitet i någon mån en medikaliserad bild av asexualitet. Prause och Graham (2007) menar till exempel att korrelation mellan sexuella personer och psykisk ohälsa inte innebär att asexualitet kan ses som en psykiatrisk diagnos, framför allt inte om det dåliga måendet stammar från känslan av konflikt med sociala förväntningar eller oro för att ens asexualitet faktiskt ska vara, eller ses som, ett fysiskt eller psykiskt problem. Gressgård (2013) behandlar ämnet om diskurs producerad av medicinska experter och menar att det skett ett skifte i deras inflytande och bestämmande över asexualitet som diagnos eller läggning, där den medikaliserande diskursen av asexualitet utmanas av erkännandet av asexualitet som sexuell läggning. På samma tema stämmer Bogaert (2015) in och menar att det asexuella community:t bidragit till samma diskursiva kamp mot medikaliseringen av sexualitet generellt, kanske främst exemplifierad genom kravet att inte ses som innehavare av någon sexuell störning så som hypoactive sexual desire disorder (HSDD). I två studier av MacInnis och Hodson (2012), vilka undersökte fördomar kring asexuella i jämförelse med andra sexuella läggningar, fann de att asexuella värderades lägre än alla andra sexuella läggningar. I den artikel vilken sammanfattar resultaten av deras studier menar de att asexuella skattades lägre till den grad att de beskrevs som *”less than human”* (MacInnis och Hodson, 2012, s.

---

<sup>3</sup> (HSDD)—a sexual dysfunction characterized by a lack of interest in sex and significant distress (Brotto, Yule och Gorzalka, 2015)



728). De pekar på hur en genom studiet av hur asexualitet uppfattas kan förstå centrala parametrar om hur vi förstår dels sexualitet generellt men också hur det anses vara en essentiell del av vad det innebär att vara människa. Det är i huvudsak denna forskning av MacInnis och Hodson (2012) och studien ”*Development and validation of the Attitudes Towards Asexuals (ATA) scale*” av Hoffarth, Drolet, Hodson och Hafer (2016) vilka varit omfattande nog att få genomslag vad gäller utforskandet av fördomar kring asexualitet. Båda kommer till slutsatsen att asexuella är en marginaliserad grupp vilken behöver mer forskning kring fördomar och förtryck. I relation till liknande undersökningar gällande andra sexuella minoriteter finns det alltså väldigt lite forskning om asexuella med mycket kvar att utforska (MacInnis och Hodson, 2012; Bogaert, 2015). Påståendet att asexuella kan uppleva liknande former av fördomar som andra sexuella minoriteter stöds dock av andra forskare men många gånger baserat på teoretiserande. Exempelvis som Bogaert (2015) som genom jämförelsen av asexuellas och andra sexuella minoriteters upplevelser av bl.a. att komma ut, stolthet i relation till sin identitet och utforskandet av sin (o)upplevda attraktion menar att asexuella kan uppleva samma slags fördomar och förtryck som andra marginaliserade sexuella läggningar. Vidare finns det relevant forskning som på ett mer generellt plan behandlar hur medikalisering påverkar diskurs kring sex och sexualitet där detta kan förstås som en trend vilken sätter strålkastarljus på vikten av en bred förståelse av sexualitet för att undvika medikalisering av naturligt förekommande variation i mänsklig sexualitet (Cacchioni och Tiefer, 2012).

Mycket av den forskning som fått genomslag har alltså uppehållit sig vid att försöka definiera, klassificera och kartlägga asexualitet och asexuella personer (Brotto et al., 2010; Brotto och Yule, 2011; Prause och Graham, 2007; Bogaert, 2004, 2006, 2008, 2015; Flore, 2013; Hinderliter, 2013). Eftersom att en nyckelfråga varit om asexualitet ska förstås som sexuell läggning eller medicinsk diagnos har dock en majoritet av forskningen mer eller mindre vidrört asexualitet och medikalisering. I studier kring uppmätning av fördomar kring asexualitet har en medikalisering bild av asexualitet framkommit genom att asexualitet framstått som någonting utanför mänsklig natur (MacInnis och Hodson, 2012; Hoffarth, Drolet, Hodson och Hafer, 2016 och Bogaert, 2015). Vad dessa fördomar består i och hur de kan förstås är dock ett ämne vilket forskningsfältet knappast berört. MacInnis och Hodson (2012, s. 739) skriver att asexuella inte ses som mänskliga vilket gör dem till en ”*extreme orientation outgroup and very strong targets of bias*”. De understryker vikten av vidare forskning gällande sätt att förstå grunderna i och bakom denna diskurs.

### 3. Teoretiskt ramverk

#### 3.1 Diskursteori

Det teoretiska ramverket för denna uppsats utgår bland annat från Laclau och Mouffe's diskursteori (Laclau och Mouffe, 2001) så som det beskrivs framförallt av Börjesson och Palmblad (2007) men även Winther Jørgensen och Phillips (2000). Då deras diskursteori lämpar sig bättre för ett arbete av den storlek en kandidatuppsats omfattar jämfört med Foucaults diskursanalys valde jag att använda mig av det (Börjesson och Palmblad, 2007). Att ha ett diskursteoretiskt ramverk kan förstås som att se språk som handling. Så som vi förstår världen, så talar vi om den och så som vi talar om världen återskapar och befäster vi den världsbilden. Det vill säga att hur vår uppfattning om omvärlden konstrueras, genom diskurs av det vi förstår som kunskap och objektiv sanning, genererar verkliga konsekvenser i vårt sociala liv (Winther Jørgensen och Phillips, 2000). På så sätt sätter diskurser ramar för vad som är sant och möjligt genom så kallade sanningseffekter (Börjesson och Palmblad, 2007). En diskurs utgörs inte bara av vad och hur vi talar om verkligheten utan även av vem som äger legitimitet att delta i utformandet av diskurs, det vill säga vad som möjliggör en diskurs. Detta kan förstås genom begreppet sanningsregim (Börjesson och Palmblad, 2007). Vad eller vem äger rätt och makt i diskursen? Ett annat centralt begrepp för diskursteorin är utestängning vilket hänger samman med sanningsregim och sanningseffekt. Att beskriva en diskurs innehåll är också att beskriva vad den inte innehåller och vad som inte får plats. På så sätt kan diskurser förstås som språkliga raster utifrån vilka en orienterar sitt sätt att förstå och handla. Diskursers innehåll måste förstås som relationella. Ramarna för diskurs innesluter lika mycket mening som det utesluter (Börjesson och Palmblad, 2007). Det är viktigt att förstå att diskurser och kartläggning av dem inte är ett försök att fånga någon slags "verklighet". Tvärtom är diskursteorin en kritik mot essentialismen dels på det sätt att diskurser inte är statiska utan kan förändras över tid och plats och dels genom tanken om att diskurser förekommer parallellt och överlappande. Börjesson och Palmblad (2007) beskriver hur det att kartlägga en diskurs kan förstås som att urskilja en uppsättning av sätt att tala om verkligheten vilka tillsammans utgör en diskurs och därmed ett, av många, sätt att förstå verkligheten.

Diskursteori enligt Laclau och Mouffe innebär att fokusera på så kallad diskursiv kamp då en undersöker hur olika diskurser kämpar för få övertag inom ett fält (Winther Jørgensen och Phillips 2000). Det görs genom att identifiera en diskurs olika beståndsdelar och ramar för att på så sätt försöka måla upp ett slags system där idealistiskt inte finns några luckor. Alla

beståndsdelar ska försöka hänga samman. Diskurser är sällan sådana fullständiga rutnät, men då ska även det beskrivas. Centrala termer är utsagor, positioner, moment, element, nodalpunkter och flytande signifikanter (Börjesson och Palmblad, 2007). En diskurs kan förstås som utsagor vilka tillsammans gör en diskurs. Dessa utsagor kan vara eller bestå av positioner, vilket är den övergripande termen för alla delar i en diskurs. Dessa positioner delas sedan in i moment och element. Moment är en position vilken tilldelats en bestämd betydelse, en process vilken kallas artikulation. Positioner som inte kan bestämmas helt kallas element. Positioner som andra positioner centreras kring och därmed är extra viktiga för diskursen kallas för nodalpunkter om det handlar om ett moment, en artikulerad position. Om ett element, en position vilken inte kunnat artikuleras, framstår som central på samma sätt som men nodalpunkter kallas det istället för flytande signifikant. Det handlar om en process av att koda sitt material men som inom diskursanalysen har en något annorlunda begreppsapparat och specifikt tillvägagångssätt.

### 3.2 Medikaliseringsteori

Michael Foucault, som är en av föregångarna för teori om medikalisering, använde själv sällan begreppet medikalisering utan skrev snarare om den påverkan medicinsk diskurs har på människors liv (Conrad, 2007). Foucaults förståelse, eller kanske snarare användning av medikaliseringsteori, lägger större vikt vid hur diskurser kring hälsa och medicin kan förstås som centrala för individualiteten genom medicinens kunskap och makt ur ett socialkonstruktivistiskt synsätt (Foucault, 1990). Kontemporär användning av medikaliseringsteori bortser inte från vikten av detta men fokuserar snarare på hur medicin som institution och makthavare skapar, främjar och applicerar medicinska kategorier, med tillhörande lösningar i form av behandling (Conrad, 2007). Det anses fortfarande intressant med aspekterna av social kontroll genom medikalisering men majoriteten av nutida forskare inom medikaliseringsteori menar att det är en något mindre central del - vilken inte exkluderar diskurs och subjektivitet som viktiga fenomen inom medikaliseringsteori men däremot sträcker sig långt vidare. Till viss del fokuserar kontemporär forskning om medikalisering likt Foucault på hur medikalisering internaliseras i befolkningen men långt större vikt läggs vid hur medicin och mekanismer bakom medikalisering utvecklas och applicerar medicinska kategorier. Processen genom vilken medikalisering sker är här snarare central. Conrad (2007) beskriver hur båda traditioner ser på medicin som en makthavande institution vilken fått allt mer makt de senaste dryga 50 åren.

Foucaults diskursiva förståelse av medikalisering ligger närmre den medikaliseringsteori vilken denna uppsats ämnar använda (Foucault, 1990). Samtidigt har ny forskning och teoribildning bidragit till fler sätt att förstå hur begreppet kan användas och förstås i relation till dagsaktuell forskning och utökning av erkända diagnoser relevanta för min uppsats, så som HSDD (Conrad, 2007). Eftersom att en mer subjektiv och diskursiv användning av medikalisering fortfarande erkänns som relevant, om än inte det huvudsakliga fokuset, av kontemporär medikaliseringsteori kommer jag att utgå från Foucault i min diskursanalys men i huvudsak använda mig av begreppet så som det beskrivs, också där delvis utifrån Foucault, av Peter Conrad (2007) i hans sammanfattning av medikalisering som historisk och kontemporär teori:

*“Medicalization” describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders”* (Conrad, 2007, s. 8)

Huruvida någonting är ett verkligt medicinskt problem är inte vad teorin menar sig kunna påvisa eller dementera. Det finns dessutom skilda uppfattningar om det, även inom medicin. Vad som anses vara ett verkligt medicinskt problem vilar till stor del på den som har auktoritet att uttala sig om det, så som den medicinska institutionen, men kan även ligga *”i betraktarens öga”* (Conrad, 2007, s. 24). Medikalisering lutar sig på behovet av definitionen av fenomen, uttryckt och förklarad i medicinska termer, genom medicinskt perspektiv och behandlat genom medicinskt ingripande (Conrad, 2007). Sådant som avviker från *”det normala”* tenderar i större grad att bli medikaliserat. Detta kallas *”medicalization of deviance”*, ungefär medikalisering av avvikelser (McGann och Conrad, 2007) och exempel på det kan vara sådant som olikhet i sexualitet eller kön och sexuella dysfunktioner men även alkoholism eller ätstörningar. En kan förstå det som att sådant som idag betraktas medicinskt tidigare många gånger sågs som aktiva handlingar eller val vilka var av ondo, inte moraliskt korrekta eller kriminella (McGrann och Conrad, 2007). Vad som anses normalt avgörs i allt större grad av läkarvetenskapen och därmed även vad som är acceptabelt och förväntat av en (Conrad, 2007). Den normerande effekten av detta skapar förväntningar på vad hälsa, kropp och beteende är och bör se ut och blir på så sätt inte bara medicinsk norm utan även social kontroll.

En annan viktig aspekt av medikaliseringsteori är att den medikaliserande diskursen ser problemet och lösningen på detta som någonting relaterat i huvudsak till individen och inte till dennes sociala kontext (Conrad, 2007). Exempelvis genom att behandla individen för alkoholism istället för att se till den miljö vilken möjliggjorde alkoholmissbruk. Medikalisering är den process där icke-medicinska problem omdefinieras till och behandlas som medicinska

problem. Det finns också demedikalisering vilket är en process genom vilken det medicinska problemet omdefinieras till att ej längre beskrivas med medicinska benämningar och därmed ej längre anses korrekt att behandla medicinskt (Conrad, 2007). Typexemplet på demedikalisering är homosexualitet som under 1970-talet genomgick en demedikaliseringsprocess i delar av västvärlden, med startpunkten i händelserna kring avskaffandet, och själva avskaffandet, av homosexualitet som diagnos inom det Amerikanska psykologförbundet (APA).

Att utgå från diskursteori och medikaliseringsteori som mitt teoretiska ramverk blir relevant genom hur de relaterar till mitt syfte, hur syftet relaterar till min forskningsansats och hur diskursteori och medikalisering relaterar till varandra. I ett första led är mitt syfte att genom asexuella röster bidra till förståelse av fördomar och medikalisering av asexualitet genom frågan hur den medikaliseringens diskurs konstruerar asexualitet som sexuellt avvikande enligt informanternas upplevelser. I ett andra led är mitt syfte att undersöka hur sådan forskning kring asexualitet kan förstås relationellt kan bidra till förståelse av konstruktionen sexualitet över lag. Mitt syfte går hand i hand med min forskningsansats vilken är en poststrukturalistisk epistemologi med idealistisk ontologisk utgångspunkt.

Inom poststrukturalismen, med sin kritik mot essentialism och strävan efter dekonstruktion av kategorier och mönster av makt, står diskursanalys med dess diskursteoretiska utgångspunkt som ett viktigt begrepp. För en poststrukturalistisk ansats är det således rimligt att använda sig av diskursteori för att analysera resultat (Börjesson och Palmblad, 2007; Andreasson och Johansson, 2020). Diskursteori tillåter analys av ett så begränsat antal intervjupersoners utsagor som denna uppsats har med möjlighet att peka på en diskurs, en förståelse av, vad fördomar och medikaliseringens bild av asexualitet består i utan att fokusera på det generaliseringskrav som åligger många andra ansatser (Börjesson och Palmblad, 2007). Den ontologiska ansatsen för uppsatsen bygger på en idealistisk och socialkonstruktivistisk position där "verkligheten" är det individen upplever som verkligt (Andreasson & Johansson, 2020). Det lämpar sig till min uppsats eftersom det är asexuellas utsagor av medikalisering som kommer stå i centrum och det är då rimligt att förstå utsagorna som verkliga i denna bemärkelse, för att utifrån det kunna behandla dem diskursanalytiskt och se dem som ett fullgott material i sitt sammanhang. Själva grunden för Foucaults användning av medikaliseringsteori lutar sig dessutom på socialkonstruktivism (Conrad, 2007). Sammantaget kan diskurs- och medikaliseringsteori bidra med teoretiskt ramverk för dekonstruktionen av "det normala", vilket på många sätt är vad denna uppsats ämnar, rent teoretiskt kanske framför allt genom förståelsen av medikalisering av avvikelse (McGann och Conrad, 2007) och obligatorisk sexualitet.

### 3.3. Obligatorisk sexualitet

Genom forskning kring asexualitet har flera fördomar och antaganden kring asexualitet kunnat förstås relationellt och på så sätt berättat om antaganden och fördomar kring allosexualitet, eller sexualitet generellt (MacInnis och Hodson, 2012; Hoffarth, Drolet, Hodson och Hafer, 2016). Aktivister och forskare inom området talar om tecken på ”compulsory sexuality”, ungefär ”obligatorisk sexualitet” (Emens, 2013; Chasin, 2015; Gupta, 2015; Vance, 2018). De menar att idag i västvärlden förekommer det en utbredd form av social kontroll, eller regelverk, där tanken om den obligatoriska sexualiteten styr. Begreppet har bara nyligen börjat användas inom forskningen och huruvida det verkligen finns någon obligatorisk sexualitet att tala om och hur det skulle kunna bidra till vår förståelse av sexualitet har inte diskuterats tillräckligt och är därför inte erkänt inom akademien.

Jag kommer ändå använda mig av begreppet i den här uppsatsen då jag, liksom andra som forskat om asexualitet (Emens, 2013; Chasin, 2015; Gupta, 2015; Vance, 2018), upplever det näst intill ofrånkomligt att på ett eller annat sätt beröra det som inom fältet, om än trevande, kallas obligatorisk sexualitet. Jag kommer använda mig av den definition Gupta (2015) beskriver i en artikel om uppkomsten, och behovet, av att begreppsliggöra obligatorisk sexualitet. Gupta (2015) beskriver det så här:

*“[...] the assumption that all people are sexual and [...] the social norms and practices that both marginalize various forms of nonsexuality, such as a lack of sexual desire or behavior, and compel people to experience themselves as desiring subjects, take up sexual identities, and engage in sexual activity”*(Gupta, 2015, s. 132)

Dessutom har Gressgård (2013) i sin studie *“Asexuality: from pathology to identity and beyond”* lyft hur obligatorisk sexualitet kan förstås genom Foucaults (1990) beskrivning av den nya medico-sexuella regimen där medikalisering av sexualitet diskuteras. Ansvar för att reglera normativ sexualitet förflyttades till läkekonsten och det blev var individs angelägenhet att skapa och underhålla sin sexualitet (Foucault, 1990). Denna angelägenhet, menar Gressgård (2013), baserades på en obligatorisk heterosexualitet men också på en obligatorisk sexualitet vilken aldrig fått ett så starkt fäste i samhället som norm, eller i individen som strävan, om inte sexualiteten i västvärlden övergått i den medico-sexuella regim vilken Foucault talar om (1990).

På så sätt blir obligatorisk sexualitet ett relevant begrepp för mitt syfte inte bara genom att det är användbart för forskning relaterad till fördomar om asexualitet (Emens, 2013; Chasin, 2015;

Gupta, 2015; Vance, 2018), vilket utforskandet av asexuella upplevelser av medikalisering ofrånkomligen berör, utan även genom tidigare kopplingar mellan detta begrepp och Foucaults (1990) diskursiva analys av medikalisering av sexualitet vilket relaterar tillbaka till övriga teoretiska ramverk för denna uppsats.

## 4. Metod och material

### 4.1 Forskningsansats

Forskningsansatsen för denna uppsats utgår från en idealistisk ontologi och en poststrukturalistisk epistemologi. Den idealistiska ontologin tar avstamp socialkonstruktivism. Det individen upplever som verkligt betraktas som (en) verklighet vilken individen är en aktiv del i att skapa (Andreasson & Johansson, 2020). Detta innebär att:

*”Verkligheten ses således inte som något som existerar självständigt och oberoende av det mänskliga medvetandet. Tvärtom är det i och genom det mänskliga medvetandet som samhället blir till och därmed ”konstrueras.””*

(Andreasson & Johansson, 2020, s. 18)

Den poststrukturalistiska epistemologin ämnar bryta ned essentialism, makt och kategorisering. När sådant som hålls för att vara ”normalt” dekonstrueras kan det bidra till att former av ”verklighet” som tas för givna och de mönster som upprätthåller den verkligheten kan ifrågasättas. Diskursanalys är en viktig metod och teori inom poststrukturalismen. Vi talar om världen genom den för oss dominerande diskurs genom vilken vi förstår världen och på så sätt befäster vi också den världsbilden. Att bryta ned diskursers beståndsdelar och analysera dem är alltså en metod helt i linje med en poststrukturalistisk epistemologi. Medikalisering kan förstås som en del i en diskurs där asexualitet ses som avvikande, eller som det beskrivs av MacInnis och Hodson (2012, s. 728); *”less than human”* jämfört med andra sexuella minoriteter. En poststrukturalistisk, socialkonstruktivistisk ansats med diskursanalytisk metod blir relevant i min uppsats genom att anta informanternas utsagor som (en) verklighet, vilken kan förstås och analyseras diskursivt och bidra till dekonstruktionen kring idén om den ”normala” sexualiteten. På så sätt relaterar forskningsansatsen till båda min frågeställning om hur medikalisering diskurs konstruerar asexualitet som sexuellt avvikande enligt informanternas upplevelser och påföljande frågeställning om vad diskurs om medikaliserad (a)sexualitet kan säga om sexualitet generellt.

## 4.2 Undersökningsmetod

Eftersom att denna studie ämnar utforska och analysera asexuellas upplevelser blir kvalitativ metod mest lämpligt då den syftar till en beskrivande förståelse av livsvärlden hos personer, snarare än att uppmäta egenskaper, vilket ligger närmre den kvantitativa forskningen (Bryman, 2011). Eftersom att det är en beskrivande data kring upplevelser av medikalisering jag eftersökt har intervjuer använts då de lämpar sig väl för beskrivning av just upplevelser och tolkning av dessa (Ibid.). Intervjuer som kvalitativ metod för insamling av data blev också logiskt då jag ämnat lyfta asexuella röster och önskat ge dem makt över vilken information som delades. Intervjuer som material att analysera diskursivt är inte ett helt uppenbart val då diskursanalysen traditionellt analyserar redan befintligt material men det är absolut möjligt (Börjesson och Palmblad, 2007). Hur jag anpassade diskursanalys till intervjumaterial beskrivs under rubriken databearbetning.

## 4.3 Urvalsprocess

Då denna uppsats har en diskursiv och socialkonstruktivistisk förståelse av verklighet utifrån kontextbaserat material ämnar jag inte göra generaliserande anspråk. Utgångspunkten för urvalet utgick istället från målinriktat urval där urvalstekniken utgår från forskningens syfte i relation till frågeställningarna (Bryman, 2011). Då forskningsfrågorna och syftet utgår från förståelsen av asexuella personers upplevelser av medikalisering kom det målinriktade urvalet att söka informanter baserad på kravet att deltagarna dels identifierade sig som asexuella och dels upplevde att de mött en medikalisering bild av asexualitet vilken de ville dela med sig av. Varken i urvalsprocessen eller i senare skede blev därför begrepp så som generaliserbarhet och representativitetskrav relevanta utöver i ovan nämnda kriterier. Eftersom att min ansats antar att objektiv verklighet inte finns får dessa, annars för forskning vilken ämnar generalisera viktiga, begrepp en sekundär betydelse (Börjesson och Palmblad, 2007). Bakgrundvariabler så som yrke, kön, ålder och geografisk avgränsning går därför att frånsä i stor utsträckning, så även i denna uppsats. Sådana bakgrundvariabler kan däremot bidra med förståelse för den positionering en människa har vilken gör henne mer eller mindre mottaglig för och handlingskraftig inom diskurs. Det har jag dock inte valt att utforska i denna uppsats. Därför har det varit möjligt för mig att söka informanter i den internationella asexuella onlinegrupp jag är medlem i oberoende av deras geografiska plats.



#### 4.4 Tillvägagångssätt

Som in group-member (Mason, 2018) har jag haft tillgång till och förtroende inom en internationell asexuell onlinegrupp. In group-members har en större chans att komma genom eventuella gatekeepers för ett community (Ibid.). Därigenom har jag genom förtroendet jag haft hos den administratör vilken kan ses som en slags gatekeeper kunnat annonsera (se bilaga 8.5) efter informanter i gruppens onlineplattformar med administratörens godkännande. Av de som återkopplade valde jag på grund av tidsfristen att välja dem som så snart som möjligt hade möjlighet att delta i intervju. Ambitionen var att få till stånd sex intervjuer, då det rekommenderades för studien, vilket jag också lyckades boka in. En av intervjupersonerna dök aldrig upp och i brist på tid valde jag då att nöja mig med de fem intervjuer jag slutligen hade.

Efter återkoppling om intresse att delta fick samtliga intressenter ett mail med en fördjupad beskrivning av deltagandet, forskningens syfte samt förslag på hur medikalisering kan förstås. Detta för att bidra till bredare förståelse av vad som ombads av informanterna (se bilaga 8.3-8.4). Intervjupersonerna fick själva välja om de föredrog, och hade möjlighet, att ses fysiskt eller online. Två av intervjuerna skedde fysiskt och övriga tre online. Samtliga intervjuer spelades in. Två av onlineintervjuerna skedde med bild medan den tredje endast var med ljud då intervjupersonens kamera inte fungerade. Intervjuerna varade i 30-45 minuter. Intervjupersonerna hade ombetts att förbereda cirka tre exempel på upplevelser av medikalisering av asexualitet att berätta om vilka sedan diskuterades tillsammans. Detta för att i så stor mån som möjligt undvika påtryckning att dela mer än vad intervjupersonen var bekväm med och med ambitionen om att styrka intervjupersonens makt och självbestämmande i intervjusituationen - detta diskuteras vidare under rubriken etiska överväganden. Utsagorna kunde bestå i direkta upplevelser av en medikalisering bild av asexualitet riktat mot intervjupersonerna själva men även upplevelser av att möta en medikalisering bild av asexualitet exempelvis genom serier, på onlineforum eller genom samtal med andra asexuella vilka upplevt medikalisering till följd av sin asexualitet.

#### 4.5 Databearbetning

Ljudfilerna från intervjuerna transkriberades ordagrant varpå de raderades enligt överenskommelse med informanterna. I citat har vissa interjektioner så som "hm" och "ehm" exkluderats där de ej förmedlat väsentlig mening i syfte att underlätta läsningen. I processen av att behandla intervjumaterialet diskursanalytiskt har jag använt mig av det förslag Börjesson

och Palmblad (2007) lämnar för att omsätta Laclau och Mouffes diskursteori till praktik. De olika berättelserna intervjupersonerna delade med sig av har jag därför försökt förstå som utsagor vilka tillsammans kan bilda en diskurs. Utifrån dessa utsagor har jag sedan följt den tre-steps-modell Börjesson och Palmblad (2007) beskriver vilken går ut på att: (1) lokalisera de positioner vilka diskurser verkar koncentreras kring, (2) beskriva diskursen genom att identifiera hur element och moment relaterar till varandra och urskilja vilka av dessa som ter sig vara nodalpunkter och flytande signifikanter, (3) studera diskursen genom begreppet utestängning – vad ingår i diskursen och vad uteblir därmed? Den stora skillnaden i tillvägagångssätt för detta förslag med tillhörande exempel jämfört med den här uppsatsen är den att jag på förhand bestämt vilken slags diskurs jag velat undersöka, diskurs kring medikalisering. På så sätt menar jag att det i min diskursanalys tydligare gått att koppla samman positioner till ett mer enhetligt rutnät vilket gjort att andelen element och flytande signifikanter varit mindre.

#### 4.6 Metoddiskussion

Ett alternativ till den poststrukturalistiska ansatsen hade kunnat vara kritisk realism som kan ses som ett alternativ till just poststrukturalismen. Den kritiska realismen lägger större vikt vid sociala mekanismer och hur de till långt större del oberoende individen formar social verklighet. Sociala mekanismer genererar sociala mönster vilka studeras för att nå större generaliserande hävdanden (Andreasson och Johansson, 2020). Den kunskap denna uppsats utgår från är kontextbaserad, vilket enligt de ansatser och metoder jag valt ses som fullvärdig data eftersom att syftet inte är just större generaliserande anspråk (Börjesson och Palmblad, 2007). På grund av detta blir kritisk realism, trots att det ligger förhållandevis nära min ansats, inte lämpligt.

Att använda intervjuer för insamling av data där informanterna hade möjlighet att förbereda utvalda upplevelser de var bekväma med att dela vill jag mena förebyggde eventuell påtryckning att dela med sig av mer än vad de kanske egentligen velat. Jag vill också mena att det verkade för att nå en något mer utjämnad maktfördelning mellan informanterna och mig som forskare. En svaghet i intervju som metod för insamling av data i denna uppsats kan vara att en stor del av informanternas utsagor handlade om upplevelser i möte med vården. Om en valt att göra diskursanalys av befintligt material, så som material på onlineforum, hade en genom analys av exempelvis inlägg, hemsidor eller memes kanske kunnat undersöka tecken på medikalisering av asexualitet på fler arenor i större utsträckning. Detta tyder också på att en brist i forskningsdesignen kan ha varit att jag krävde en orimlig förståelse för begreppet

medikalisering vilken intervjupersonerna inte behärskade och som då eventuellt inte förhindrades genom förtydligande av begreppet i det mail samtliga erhöll (se bilaga 8.3-8.4), vilket annars var ambitionen.

Det finns dessutom en tanke om att naturligt förekommande material ligger närmre ”verkligheten” - men om en som i diskursteori antar förhållningssättet att det inte går att studera någon mer verklig form av verklighet och förstår ens material som en av många möjliga verkligheter utifrån vilka en inte ämnar göra generaliserande anspråk kan så kallad genererad data ses som likvärdig ”befintlig” data (Börjesson och Palmblad, 2007). Vad gäller omfattningen på mitt intervjumaterial hade ett större sådant, med fler intervjuer, kunnat generera ytterligare och tydligare kategorisering av diskursschemat kring de nodalpunkter jag fann. Med tanke på uppsatsens omfattning och syfte, vilket inte var att generalisera för att kunna göra stora anspråk, vill jag ändå mena att materialet tillät syftet, i att visa på ett möjligt sätt att förstå fördomar och stigmatisering av asexuella personer och den potential forskning kring asexualitet har i att bidra till nya sätt att förstå syn på sexualitet generellt.

Som in-group-member bör en reflektera kring hur en positionerar sig i rollen som både forskare och medlem (Mason, 2018). Mason (2018) menar att en som forskare antagligen inte helt kan, eller bör, anta strikt den ena eller andra positionen. Istället bör forskaren under arbetets gång vara uppmärksam på ens position och reflektera kring hur det påverkar ens data. Jag vill mena att genom att inte enbart positionera mig som forskare utan öppet framställa mig som community medlem (se bilaga 8.5) har jag arbetat för förtroende i intervjusituationen mellan mig och intervjupersonerna där de kunnat dela tankar och upplevelser om att vara asexuell i vetenskap om att jag som in-group-medlem har en förförståelse och insyn i deras upplevelser. På så sätt har ambitionen varit att intervjuerna ska vara mer flytande än om jag enbart positionerat mig som forskare och ej själv deltagit i diskussion kring upplevelser av medikalisering av asexualitet. Hur jag positionerat mig som forskare och in-group member beskrivs ytterligare under rubriken etiska överväganden.

#### 4.7 Etiska överväganden

I denna uppsats finns det flera etiska aspekter att förhålla sig till där den kanske mest uppenbara är att jag ber asexuella personer, vilka även i queera sammanhang är en minoritet och en utsatt grupp, att dela med sig av upplevelser av medikalisering i relation till sin sexuella läggning. I arbetet med etik inför och under intervjuerna har jag utgått från några av de frågor Mason (2018) i sin bok om arbete med kvalitativ forskning rekommenderar. Jag har i arbetet med de frågorna

också förhållit mig till forskningsetiska rådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning med utgång i informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). I korta drag uppmanas forskaren av Mason (2018) att fundera kring: (1) vad en frågar och hur det påverkar intervjupersonen, (2) Vad en "låter" intervjupersonen berätta - Vilka etiska dilemman finns det kring att uppnå tillit mellan forskare och intervjuperson?, (3) Hur kan en garantera anonymitet i intervjuer med rikt och personligt innehåll? Och (4) Hur påverkar maktrelationer intervjun? Vilken makt och vilket ansvar innehar du som forskare och vilken makt och ansvar kan intervjupersonen inneha? Vilka etiska aspekter måste du ta hänsyn till i förhållande till vad du själv kan tänkas utsättas för?

I arbetet med de första två frågorna har jag försökt uppnå ett så tryggt rum som möjligt för informanterna genom att både i annonseringen efter intervjupersoner och i det informationsmail jag skickat till dem som hört av sig så tydligt som möjligt försökt förklara vad uppsatsen handlar om, vad som ombeds av intervjupersonerna och på vilka villkor de deltar vad gäller frivillighet och rätt att avbryta sin medverkan (se bilaga 8.1-8.5). Detta också för att uppfylla informationskravet där det ska framgå för informanten vad som väntas av dem och hur villkoren för deras medverkan ser ut just vad gäller frivillighet och avbrott (Vetenskapsrådet, 2002). Genom att be informanterna att själva förbereda cirka tre exempel på tillfällen där de upplevt medikalisering i relation till sin sexuella läggning har jag gett dem möjlighet att tänka kring vilka upplevelser de är bekväma med att dela med sig av. Att kräva förberedande arbete av informanter kan tyckas vara mycket att begära men med tanke på ämnets känsliga natur bedömde jag det gynnsamt för båda parter. I samtal med informanterna har jag välkomnat dem att höra av sig om de känt sig obekväma med vad eller hur mycket de delat med sig av men också om intervjun väckt frågor eller tankar som de önskar diskutera. Detta dels då de ska ha rätt att dra tillbaka delar av, eller samtligt, material men också för att samtalet kan väcka ett behov av samtal vilket kanske inte kan bemötas av informantens omgivning. Att uppnå tillit mellan mig som forskare och informanterna har såklart varit viktigt med tanke på det potentiellt känsliga ämnet. Som in-group-medlem har jag haft en viss fördel vad gäller tillit. Jag har kunnat garantera god förförståelse för asexualitet och andra queera identiteter vilket varit viktigt för att kräva så lite arbete som möjligt från intervjupersonerna med att förklara och utbilda mig. Jag har också haft tillgång till arenor för att annonsera om intervjupersoner vilka jag annars inte haft tillgång till. Det har också krävt mycket ansvar av mig jämt mot de deltagande, de som gått med på att dela mina annonser men också gruppen i stort. Detta återkopplar till Masons

(2018) fråga 4 om hur maktrelationer påverkar en intervju. Genom god information inför intervjuerna och genom att intervjupersonerna fått förbereda vad de vill dela med sig av har min ambition varit att ge intervjupersonerna så mycket makt som möjligt över vad de väljer att dela med sig av. Eftersom att jag är en s.k. in-group-medlem har jag också behövt reflektera kring vad jag som forskare kan tänkas utsättas för. Det har därför varit viktigt för mig att inför intervjuerna samtala kring att denna uppsats kommer bestå av ett, av många, sätt att förstå medikaliserande diskurs av asexualitet. Jag har också välkomnat samtal kring invändningar eller kritik av vad jag skrivit och hoppas genom det kunna ha givande samtal kring det med intervjupersonerna, om det behövs, och på så sätt undvika att intervjupersonerna upplever sig felrepresenterade eller att jag utsätts för eventuella repressalier i gruppen vilket skulle kunna leda till att jag exkluderas.

Masons (2018) tredje fråga uppmanar forskaren att reflektera kring hur en kan garantera anonymitet i intervjuer med rikt och personligt innehåll. Total anonymitet är ett stort åtagande och jag har därför med mina intervjupersoner förklarat hur jag ämnat garantera dem konfidentialitet istället. Med tanke på min uppsats disposition vilken inte ämnar vara generaliserande har jag kunnat exkludera mycket information om informanterna så som (exakt) ålder, nationalitet, kön, namn, utbildning eller sysselsättning. Intervjupersonerna har samtliga blivit tilldelade pronomen den, motsvarigheten till engelskans they/them, och refererats till som intervjuperson 1 (IP1), 2 och så vidare. Detta har förklarats för, både muntligt och i text (se bilaga 8.1-8.2) och blivit godkänt av samtliga informanter. Information som riskerat röja informanterna har inte använts. Det som framgår är det språk intervjupersonerna talat, vilket i detta fall varit svenska och engelska. Då gruppen jag är medlem i har över tusen medlemmar från hela världen har jag bedömt att det språk en talar inte riskerar röja vem den är. Jag har också redogjort för hur insamlad data kommer hanteras och hur länge det kommer sparas (se bilaga 8.1-8.2) och har genom ovan nämna ämnat uppfylla konfidentialitetskravet enligt Vetenskapsrådet (2002). Samtliga deltagare är över 18 år och har fått ta del av en informations- och samtyckesblankett vilken jag skrivit under och båda parter muntligt godkänt. Jag har på så sätt ämnat uppfylla det forskningsetiska samtyckeskravet där det åligger mig som forskare att försäkra mig om att ha erhållit samtycke från informanterna, där de är försäkrade om sin rätt att delta enbart så länge de vill och när som väljer att avsluta sitt deltagande och inte bli utsatta för påtryckning att delta (Vetenskapsrådet, 2002). Nyttjandekravet, att endast nyttja materialet från informanterna för den studie vilken de godkänt sin medverkan i, säkerställer jag genom att så snart uppsatsen blivit godkänd radera det sista material som sparats utanför själva uppsatsen,

det vill säga transkriptionerna. Detta har informanterna informerats om och godkänt. Vidare har jag i enighet med Vetenskapsrådets (2002) rekommendation för nyttjandekravet erbjudit samtliga deltagare att få del av hela eller sammanfattade delar av uppsatsen så snart den är färdig.

## 5. Resultat

Två tydligt centrala delar, vilka samtliga informanter återkom till, var att ogiltigförklara eller söka efter en orsak. I utsagorna kring upplevelser av en medikalisering av asexualitet förekom det i samtliga fall antingen en eller båda av dessa moment. Dessa kom att bli två av de viktigaste nodalpunkterna för den diskurs jag kartlagt. Jag kommer först redogöra för nodalpunkterna jag funnit och sedan analysera dem.

### 5.1 Ogiltigförklarande

Ogiltigförklaranden förekom på flera olika sätt i utsagorna. De kunde ogiltigförklara asexualitet som sexuell läggning, som fenomen över huvud taget eller ogiltigförklara den asexuella legitimitet i den identiteten. Dessa tre varianter av ogiltigförklaranden var dem jag lyckades lokalisera. Eftersom att det inte alltid var helt uppenbart om en utsaga kring medikalisering av asexualitet var baserad på endast en eller eventuellt flera av dessa varianter har jag inte valt att kategorisera varje utsaga under vardera variant utan endast presenterat varianterna som ett sätt att förstå utsagorna. Kring nodalpunkten ogiltigförklaranden kunde jag identifiera 7 moment som alla beskriver sätt på vilka informanterna upplevt att deras identitet ogiltigförklarats: (1) tanken om asexualitet som ett aktivt val eller celibat, (2) tanken om att den asexuella personen egentligen har en annan läggning, med förslag på både queer och straight läggning, (3) tanken om att fejka asexualitet, (4) tanken om att en bara inte träffat ”den rätta”, (5) ”you’re fine” – tanken om att någon inte är asexuell oavsett om asexualitet finns eller ej (6) tanken att asexualitet inte är en sexuell läggning och (7) tanken att en inte är asexuell utan bara saknar erfarenhet, exempelvis genom påståendet att en bara inte haft ”riktigt bra sex” än.

### 5.2 Orsak

Sökandet efter, eller snarare kravet på, en orsak, en utlösande faktor eller en förklaring till varför den asexuella personen blev asexuell var den andra nodalpunkten jag lokaliserade för den medikalisering diskursen kring asexualitet. Här fann jag en tydlig uppdelning i att kravet på

orsak försökte luta sig på antingen eller både somatiska och psykiska grunder. Tanken om att det går att medicinskt förklara och bota eller förbättra orsakerna för vilka en upplever sig vara asexuell står som utgångspunkt för dem båda. Följande moment beskriver alla sätt genom vilka informanterna upplevt att deras identitet krävt förklaring genom sökandet efter orsak.

### 5.2.1 Somatiska orsaker

I utsagorna där somatiska orsaker framhölls fann jag följande 6 moment; (1) tanken om asexualitet som ärftligt, (2) tanken om asexualitet som resultatet av en medicinsk bieffekt exempelvis till följd av behandling av depression med SSRI, (3) tanken om asexualitet som ett resultat av bristande eller defekt könsdrift/libido, (4) tanken om asexualitet som ett resultat av bristande eller defekt hormonbalans, (5) tanken om asexualitet som ett resultat av en hjärntumör och (6) tanken om asexualitet till följd av att vara kastrerad, exempelvis som eunuck.

### 5.2.2 Psykiska orsaker

I utsagorna där psykiska orsaker framhölls fann jag följande 8 moment; (1) tanken om asexualitet till följd av trauma, exempelvis från sexuellt våld, någonting en varit med om i barndomen eller en reaktion på en hypersexuell förälder, (2) tanken om asexualitet till följd av mental sjukdom, (3) tanken om asexualitet till följd av dysfori, där asexualiteten försvinner om dysforin blir behandlad, (4) tanken om asexualitet till följd av autism, (5) tanken om asexualitet till följd av schizoid personlighetsstörning, (6) tanken om asexualitet till följd av oförmåga att skapa och upprätthålla sociala relationer, (7) tanken om asexualitet som ett psykologiskt problem och (8) tanken om asexualitet som likställt med diagnosen Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD).

## 5.3 Analys av ogiltigförklarande och orsak

*IP2: "It was horrible like... Just like this woman pretending she is asexual because her husband is asexual but then turns out that he has a brain tumor which causes his asexuality and she was just pretending. I mean like what the fuck was that?"*

IP2 beskriver ett avsnitt ur TV-serien House, vilket ytterligare två intervjupersoner nämnde i sina intervjuer. Det här exemplet sammanfattar ganska väl andemeningen i de utsagor vilka legat till grund för nodalpunkterna ogiltigförklaranden och orsak där vi ser prov på båda. Kvinnan var inte asexuell, hon bara fejkade det för sin makes skull (punkt 3 i diskursschemat

för ogiltigförklarande) och mannen var inte heller asexuell utan hade bara en hjärntumör (punkt 5 i diskursschemat för somatiska orsaker). Det verkar som att asexualitet inte är giltigt i sig själv utan kräver en förklaring, eller bortförklaring, vilket i sin tur verkar bero på huruvida asexualitet erkänns eller inte – och vad det i så fall erkänns vara. Kring nodalpunkten ogiltigförklarande samlades moment som ogiltigförklarade den asexuellas legitimitet i sin identitet, asexualitet som sexuell läggning och asexualitet som fenomen oavsett definition. Här finns alltså olika förståelse av vad asexualitet är och inte är. Det gemensamma är skepsisen inför fenomenet. Antingen finns det ingen asexualitet att tala om eller så finns det visst det, men då är det inte en sexuell läggning. Alternativt att det skulle kunna finnas någonting som kallas asexualitet men utan att definiera vad det skulle vara, är en ändå säker på att personen en möter inte är det.

*IP1: "jag har ju också fått höra mycket liksom "ahh du har fortfarande inte träffat den rätta" eller "du kanske är lesbisk du kanske liksom har en annan läggning än vad du tänkt? Har du testat det, har du testat det?" och det är kanske inte som att se det medicinskt men det är ändå som att man inte riktigt kan acceptera läggningen för vad det är"*

I ovan citat föreslås andra sexuella läggningar som bortförklaring (ogiltigförklarande, punkt 2). IP1 säger att det kanske inte är "som att se det medicinskt" men som att inte acceptera läggningen i all fall. Huruvida utsagor som dessa grundar sig i medikaliserande diskurs kring asexualitet kan en inte hävda sig veta helt säkert. Det vi får veta är däremot att jämfört med andra sexuella minoriteter, så som att vara lesbisk i detta fall, är asexualitet inte en likvärdig sexuell läggning. Oavsett definition är det avvikande och som avvikande (oavsett om det erkänns som sexuell orientering eller ej) kommer ramarna för normalitet, vilka asexualitet faller utanför, till allt större del från läkarvetenskapen genom medikaliseringsen av det avvikande (Conrad, 2007).

Absolut centralt för att en process av medikaliserings ska ske gällande ett fenomen är definitionen av fenomenet som medicinskt. För att kunna betrakta och behandla fenomenet medicinskt krävs det att det definieras i medicinska termer. Genomgående i utsagorna kring nodalpunkterna ogiltigförklarande och orsak framkommer det hur omgivningen försöker definiera asexualitet utifrån medicinska termer. Tydligast exempel på detta ser vi i utsagor där intervjupersonerna befunnit sig i vårdsammanhang. IP1 berättar om ett besök på ungdomsmottagningen där den sökt samtalsstöd för att ställa frågor om sin asexuella läggning:



IP1: *”så var jag hos en kurator som hade lite så HBTQ-inriktning typ och han började fråga liksom ”jaha men är det här någonting som går i släkten?”, ”det här kanske är nåt genetiskt, är det någonting som du har ärvt?” [...] och han frågade ju också om trauman och såhär”*

Kuratorn i utsagan ovan försöker utröna vad som orsakat IP1s asexualitet. Genom att definiera asexualitet som följd av somatisk orsak så som att det skulle vara ärftligt (somatisk orsak, punkt 1) eller som följd av psykisk orsak så som trauma (psykisk orsak, punkt 1) kan en betrakta och behandla det medicinskt. Varför försöker så många personer nå denna medikalisering av asexualitet i utsagorna? Asexualitet, så som det beskrivs genom intervjupersonernas upplevelser, ses som avvikande. Det blir tydligt genom studiet av medikalisering av asexualitet. Kravet på orsak antyder att det inte är ”naturligt” utan måste komma av någonting. Någonting har rubbat det naturliga sättet att vara och fått personen att avvika. Att avvika från normen behöver i sig inte innebära att bli medikaliserad eller utsättas för den processen men avvikande sexualitet löper stor risk att omfattas av en medikalisering av asexualitet i och med den roll läkekonsten har idag i att definiera den ”normala” sexualiteten (McGrann och Conrad, 2007). När läkekonsten definierar den normala sexualiteten definierar den också det som faller utanför det normala och definierar det indirekt som avvikande (Conrad, 2007). Det blir således logiskt att när asexualitet förstås som avvikande enligt medicinsk norm söker inte bara läkekonsten utan även gemene man i utsagorna söker svar i medicinen på vad som orsakat avvikelserna så att det kan definieras medicinskt och behandlas därefter. Kuratorn i citatet med IP1 försöker etablera om IP1s asexualitet ska förstås som en följd av somatisk och ärftlig sjukdom eller psykisk åkomma till följd av trauma.

IP2 berättar hur en av de vanligaste kommentarerna den får är om den kontrollerat sina hormonnivåer (somatisk orsak, punkt 4), med antydning om att det skulle ha orsakat asexualiteten och därmed också gå att bota eller lindra. Den medicinskt definierade normen blir social kontroll när asexualitet inte erkänns som sexuell läggning. Att asexualitet utsätts för försök till medikalisering blir också tydligt genom tanken om att problemet och lösningen ligger hos individen. IP4 beskriver hur dens allmänläkare skriver ut libidoförstärkande preparat:

IP4: *“[...]here’s some libido enhancers like he gave me this gross gel thing”*

Asexualiteten är ett problem vilket löses genom att botas. Asexualitet förstås av läkaren inte som sexuell läggning utan som en åkomma relaterad till könsdrift. Lösningen ligger inte i att förstå IP4 som en naturlig variant av mänsklig sexualitet utan i att bli konform med normativ

sexualitet, så som det förstås genom medicinsk norm. Det är upp till IP4 att bli normal, inte för den och dens sociala kontext att förstå IP4s asexualitet som ännu en sexuell läggning. ”Problemet” och lösningen ligger hos individen. Detta är också ett återkommande orosmoment inom kontemporär medikaliseringsteori. Medikaliseringsprocesser, vilka maler allt från cancer, hjärtinfarkt, alkoholism och sexualitet genom samma kvarn, försöker definiera alla fenomen som friska eller sjuka. Sådant som ses som naturligt förekommande variation hos människan utsätts för medikalisering och riskerar att plötsligt definieras och behandlas medicinskt:

*“The great danger here is that transforming all difference into pathology diminishes our tolerance for and appreciation of the diversity of human life.”*  
(Conrad, 2007, s. 148)

Avvikandet kräver att bli ogiltigförklarat och på så sätt aldrig ha funnits eller förklaras genom medicinsk orsak och på så sätt förstås som naturligt i bemärkelsen att det är naturligt med sjukdomar eller åkommor som får naturen att avvika. I arbetet med att konstruera diskursschemat för den medikaliseringens diskursen av asexualitet återkom konstant tanken om att avvikandet krävde förklaring. Avvikandet bryter mot någonting, men mot vad? Genom att analysera utsagorna kring upplevelser av medikalisering i relation till asexualitet ur det för diskursanalysen centrala begreppet utestängning kunde jag inte bara ringa in hur asexualitet förstods utan även genom att förstå de positionerna relationellt kartlägga den normativa sexualitet vilken asexualitet bröt mot. Vilken regel bryter asexualitet mot? Längre hade detta en annan arbetstitel än den slutgiltiga, obligatorisk sexualitet, eftersom att jag då inte kommit över begrepp eller teori vilket fångade det jag ämnade beskriva. Först efter att jag färdigställt diskursanalysen kring denna ”regel” vilken asexualitet verkade bryta mot fann jag det under uppbyggnad begrepp vilket ovan beskrivits som obligatorisk sexualitet. Nedan följer min diskursiva förståelse av hur det begreppet kan förstås och användas i förståelse kring medikalisering av asexualitet.

#### 5.4 Obligatorisk sexualitet

Jag fann tre nodalpunkter för regeln om obligatorisk sexualitet; (1) allosexualitet, (2) sexuell praktik och (3) libido. Nodalpunkten allosexualitet (1) utgår från antagandet om att alla har en sexuell läggning som bygger på sexuell attraktion riktad mot en eller flera grupper av människor, så som homo- eller bisexualitet. Nodalpunkten sexuell praktik (2) utgår från antagandet att alla bedriver eller strävar efter sexuell praktik, genom sexuella handlingar med andra och/eller sig själv. Nodalpunkten libido (3) utgår från antagandet om att det finns en

”normal” libido där det normala är en befintlig libido men det är eftersträvansvärt och hälsosamt om denna upplevs stark.

## 5.5 Analys av obligatorisk sexualitet

Genom den definition av obligatorisk sexualitet vilken Gupta (2015) beskriver kan den diskurs kring obligatorisk sexualitet vilken jag identifierat genom de tre ovan nämnda nodalpunkterna stärkas. Definitionen inleds med antagandet om att alla människor är sexuella men beskriver inte vad denna sexualitet innebär. Denna uppsats förstår kriterierna för den om alla antagna sexualiteten som; allosexualitet (1), sexuell praktik (2) och libido (3). Antagandet om allosexualitet som kriterium för hur normal sexualitet är konstruerad blir tydligt på flera sätt i intervjupersonernas utsagor.

IP5 berättar om en vän som utsatts för omvändelseterapi där denne skulle lära sig att bli sexuellt attraherad av motsatt kön.

*IP5 [...] terapiprogrammet [den] fick gå igenom var ju då att [den] fick titta på liksom sexuella bilder och så försökte de liksom få [den] att tänka positivt runt omkring det [...] vi ska lära dig hur man är sexuellt attraherat till [kön, motsatt till dennes].”*

IP1, IP3 och IP5 jämför hur de tror andra sexuella minoriteter skulle bli bemötta i vårdsammanhang och menar att andra, exempelvis lesbiska, inte hade fått höra att de har fel och att deras läggning kan förklaras medicinskt.

*IP3: ”det är inte som om man kommer till vårdcentralen och säger jag är lesbisk och de bara nej det är den här diagnosen. Även om det har varit så förr så är det inte så nu och jag tycker att det är så hemskt att man inte kan acceptera alla läggningar på det viset. Att det liksom ska vara något fel på en bara för att man inte känner attraktion.”*

Antagandet om allosexualitet som det naturliga enligt den obligatoriska sexualiteten blir tydligt genom den medikaliserande diskursen av asexualitet. Alla har en sexuell läggning i vilken en upplever sexuell attraktion. Om en inte har det avviker en. Asexualitet blir således en avvikelse och inte en sexuell läggning och kräver därför en förklaring genom somatisk eller psykisk orsak, alternativt en bortförklaring där det visar sig personen exempelvis egentligen hade en ”riktig” sexuell läggning (ogiltigförklarande, punkt 2). Detta avvikande kan dessutom botas, exempelvis genom IP5s utsaga om omvändelseterapi eller IP4s utsaga om libidoförstärkande preparat.

Antagandet om sexuell praktik (obligatorisk sexualitet, punkt 2) som ett kriterium för hur normal sexualitet är konstruerad kan förstås genom utsagor där intervjupersonerna berättar om hur vårdpersonal antar att de är sexuellt aktiva genom att vilja testa dem för könssjukdomar och graviditet hur påstridigt de än påtalar att de inte är sexuellt aktiva med andra personer. Det blir också tydligt i det bemötande de asexuella informanterna får när andra antar att eller uppfattar det som att de inte är sexuellt aktiva, med andra i detta fall:

IP2: *“I remember when I went to see my gynecologist and it was just before I moved to [country name] and that was amazing news to my gynecologist because she was very upset that I am still a virgin. And she was like oh but you are moving to [country name]. [Country name] is well known for handsome [gender] so you will find yourself a handsome [nationality] and next time I see you it will be better.”*

Normativ sexualitet innebär sexuell praktik. Informanterna antas vara sexuellt aktiva och om det framstår som eller framgår att de inte är det upplevs det som avvikande och ett problem. Gynekologen menar att när IP2 väl haft sex kommer det vara ”bättre”. Antagandet om libido (obligatorisk sexualitet, punkt 3) som kriterium för hur normal sexualitet är konstruerad förekom frekvent i samtliga intervjupersoners utsagor, till stor del menar de, då de uppfattar det som att asexualitet ofta antas handla om just brist på libido. Tidigare citat från IP4 berättar hur läkare skriver ut libidoförhöjande preparat (somatisk orsak, punkt 3) och nedan följer citat från IP2 vilket också utgår från asexualitet som en störning av könsdriften (somatisk orsak, punkt 3) eller som följd av oförmåga till intima relationer (psykisk orsak, punkt 6):

IP2: *“I was in a bad mental health space and my friend convinces me to seek help from this therapist and... they were known to be queer friendly so I asked if they would work with me as well but [...] the only response I received from them was that like they won't see me as part of queer community and the only way they can help me is by fixing my intimacy and libido issues.”*

Den obligatoriska sexualiteten genom kriterierna allosexualitet, sexuell praktik och libido antas vara så central i varje människas liv och en förutsättning för ens välmående att när en bryter mot en eller flera av dessa kriterier ses en som avvikande. Du antas ha ett problem eller vara ”broken” – ett ord vilket förekom i flera av intervjupersonernas utsagor. Guptas (2015) definition av obligatorisk sexualitet beskriver antagandet om att alla är sexuella och vidare de praktiker och sociala normer vilka marginaliserar och uppmanar personer att falla innanför

ramen av obligatorisk sexualitet. Jag menar att processer av medikalisering kan förstås som en av de normer och praktiker genom medicinsk diskurs kring normal sexualitet vilka bidrar till upprätthållandet av en form av obligatorisk sexualitet där kriterierna är allosexualitet, sexuell praktik och normal libido.

## 6. Diskussion

Kraven för normativ sexualitet kan alltså förstås genom begreppet obligatorisk sexualitet vilket jag föreslagit tre kriterier till; allosexualitet, sexuell praktik och normal libido. Detta förstås som en mänsklig kärnegenskap och förutsättning för naturlig och frisk sexualitet, vilket blir en förutsättning för välmående i övriga livet. Att bryta mot den obligatoriska sexualiteten är att avvika från detta. Medikalisering av det avvikande legitimerar den obligatoriska sexualiteten genom att konstruera obligatorisk sexualitet som norm och asexualitet som sexuellt avvikande. Avvikandet legitimeras som medicinskt fenomen genom det för medikaliseringsprocessen centrala behovet av att definiera fenomen medicinskt för att kunna behandla det därefter. Detta tydliggörs genom de två nodalpunkter vilka varit nycklar för min förståelse av hur processen av att medikalisera asexualitet sett ut; kravet på orsak eller ogiltigförklaring. Genom att söka antingen somatiska eller psykiska orsaker kan en definiera asexualitet som ett medicinskt fenomen och behandla det därefter. Inom den diskurs kring medikalisering av asexualitet som kartlagts i denna studie får asexualitet inte plats som naturlig mänsklig variation. Om en persons asexualitet inte går att definiera medicinskt genom att finna medicinsk orsak (somatisk eller psykisk) ogiltigförklaras det helt. Den asexuella personen är inte asexuell, det finns ingen avvikelse att förhålla sig till och varken den obligatoriska sexualiteten eller den medicinska diskursen om frisk sexualitet hotas. På så sätt konstrueras asexualitet som sexuellt avvikande genom medikalisering i relation till ”den friska” obligatoriska sexualiteten.

Obligatorisk sexualitet blir synligt genom brott mot det, exempelvis genom asexualitet, men kan förstås som en regel vilken alla underkastas. Den som faller inom ramen för den enligt medicinsk diskurs ”friska” sexualiteten upplever inget regelbrott och får heller inga repressalier. Samtidigt vill jag mena att det kan påverka all form av sexualitet långt mer än denna uppsats antyder. Eunjung (2011) utforskar i sin artikel *Asexuality in disability narratives* hur obligatorisk sexualitet påverkar personer med funktionsnedsättningar där en kan antas falla utanför ramen av obligatorisk sexualitet även fast en inte gör det. Detta visar på det starka inflytande läkekonsten har på diskurs kring sexualitet. Obligatorisk sexualitet anses vara ett

tecken på den friska människans sexualitet. Avvikande gör att hela personen riskerar att utsättas för medikalisering. Omvänt visar Eunjang (2011) hur de som anses sjuka också antas falla utanför ”det friska” eller ”naturliga” vad gäller deras sexualitet. Upplevelser av krav att falla inom normen för den obligatoriska sexualiteten kan återfinnas överallt. Den som inte onanerar, den som inte ser sex som en central del i deras liv, den som vill ligga mindre än sin(a) partner(s), den som ”har svårt att bli kåt” och den som inte upplever sexuell attraktion – alla kan de förstås som föremål för ”problemet” av att falla utanför eller kämpa för att förhålla sig till den obligatoriska sexualiteten. På så sätt kan all sexualitet förstås som konstruktion i relation till tanken om den obligatoriska sexualiteten.

Jag menar vidare att begreppet obligatorisk sexualitet skulle tjäna på att bli erkänt inom akademien och vidare utvecklat för att ifrågasätta normen om den friska sexualiteten och stå som motpol till medikaliseringsprocesser av naturligt förekommande mänskliga variationer av sexualitet. Vidare hoppas jag givetvis också på att ha pekat på vikten av mer forskning kring asexualitet genom de tecken på inte bara fördom och förtryck utan direkta övergrepp asexuella utsätts för genom att bli medicinerade, utsätts för omvårdelseterapi och få sina upplevelser ogiltigförklarade av vården så väl som övriga samhället.

## 7. Referenslista

- Ambjörnsson, F. (2006). *Vad är queer?*. Stockholm: Natur och kultur.
- American Psychological Association. (Januari 2022). About APA. <https://www.apa.org/about>
- Andreasson, J. & Johansson, T. (2020). *Vetenskapsteori: grunder och tillämpning*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.
- AVEN. (2022). "General FAQ", The Asexuality Visibility and Education Network, <http://www.asexuality.org>, (Hämtad 10 Maj 2022)
- Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: Prevalence and Associated Factors in a National Probability Sample. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 279–287.
- Bogaert, A. F. (2006). Toward a conceptual understanding of asexuality. *Review of General Psychology*, 10(3), 241–250. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/1089-2680.10.3.241>
- Bogaert, A. F. (2008). Asexuality: Dysfunction or Variation?. *Psychological Sexual Dysfunctions*. New York: Nova Science Publishers, 2008. 9-13.
- Bogaert, A. F. (2015). Asexuality: What It Is and Why It Matters. *Journal of Sex Research*, 52(4), 362–379. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1015713>
- Brotto, L. A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K., & Erskine, Y. (2010). Asexuality: a mixed-methods approach. *Archives of sexual behavior*, 39(3), 599–618. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9434-x>
- Brotto, L. A., & Yule, M. A. (2011). Physiological and subjective sexual arousal in self-identified asexual women. *Archives of sexual behavior*, 40(4), 699–712. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9671-7>
- Brotto, L. A., Yule, M. A., & Gorzalka, B. B. (2015). Asexuality: An Extreme Variant of Sexual Desire Disorder? *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 646–660. <https://doi.org/10.1111/jsm.12806>
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Cacchioni, T., & Tiefer, L. (2012). Introduction to the special issue: Why Medicalization? Introduction to the Special Issue on the Medicalization of Sex. *The Journal of Sex Research*, 49(4), 307–310. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.690112>

- Chasin, C. D. (2015). Making sense in and of the asexual community: Navigating relationships and identities in a context of resistance. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 25(2), 167–180. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/casp.2203>
- Chasin, C. D. (2022). Reconsidering Asexuality and Its Radical Potential. *Feminist Studies*, 39(2), 405–426. <https://doi.org/10.1353/fem.2013.0054>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (red.) (2007). *Diskursanalys i praktiken*. (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Emens, E. F. (2014). Compulsory Sexuality. *Stanford Law Review*, 66(2), 303–386.
- Eunjung, K. (2011). Asexuality in disability narratives. *Sexualities*, 14(4), 479–493. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1363460711406463>
- Flore, J. (2013). HSDD and asexuality: a question of instruments. *Psychology & Sexuality*, 4(2), 152–166. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/19419899.2013.774163> F
- Foucault, M. (1990). *The history of sexuality Vol. 1 An introduction*. New York: Random House, Inc..
- Gressgård, R. (2013). Asexuality: From pathology to identity and beyond. *Psychology and Sexuality*, 4, 179–192. doi:10.1080/19419899.2013.774166
- Gupta, K. (2015). Compulsory Sexuality: Evaluating an Emerging Concept. *Signs*, 41(1), 131–154. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1086/681774>
- Hinderliter, A. (2013). How is asexuality different from hypoactive sexual desire disorder? *Psychology & Sexuality*, 4(2), 167–178. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/19419899.2013.774165>
- Hoffarth, M. R., Drolet, C. E., Hodson, G., & Hafer, C. L. (2016). Development and validation of the Attitudes Towards Asexuals (ATA) scale. *Psychology & Sexuality*, 7(2), 88–100. <https://doi.org/10.1080/19419899.2015.1050446>
- Laclau, E. & Mouffe, C. (2001). *Hegemony and socialist strategy: towards a radical democratic politics*. (2. ed.) London: Verso.



MacInnis, C. C., & Hodson, G. (2012). Intergroup bias toward “Group X”: Evidence of prejudice, dehumanization, avoidance, and discrimination against asexuals. *Group Processes and Intergroup Relations*, 15, 725–743. doi:10.1177=1368430212442419

Mason, J. (2018). *Qualitative researching*. (Third edition). Los Angeles: Sage Publications.

PJ McGann, & Peter Conrad. (2007). Deviance, Medicalization of. *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosd049>

Prause, N., & Graham, C. A. (2007). Asexuality: Classification and Characterization. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 341–356. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s10508-006-9142-3>

Vance, C. (2018). Towards a Historical Materialist Concept of Asexuality and Compulsory Sexuality. *Studies in Social Justice*, 12(1), 133–151. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.26522/ssj.v12i1.1537>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhallsvetenskaplig-forskning.html>

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Yasmine Benoit. (9 Februari 2022). 10 things you need to know about asexuality. *Ditch The Label*. [https://www.ditchthelabel.org/10-things-you-need-to-know-about-asexuality/?fbclid=IwAR1Al0nYJBYgbo66MAEHV3c\\_7ws1uUKGnm5J6vAXLxvkZdh0X-jhbkjAvIo](https://www.ditchthelabel.org/10-things-you-need-to-know-about-asexuality/?fbclid=IwAR1Al0nYJBYgbo66MAEHV3c_7ws1uUKGnm5J6vAXLxvkZdh0X-jhbkjAvIo) (Hämtad 10 Maj 2022)

## 8. Bilagor

### 8.1 Informations- och samtyckesblankett Svenska

2022-03-30

#### Informationsbrev och samtyckesblankett

##### Ace upplevelser av medikalisering

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

Studiet av asexualitet och asexuellas upplevelser kan lära oss om sexualitet, fördomar kring sex och sexualitet, queera upplevelser och i breda drag peka på diskurser kring sexualitet. Det här är ett försök att fylla i den kunskapsluckan inom samhällsorienterade ämnen med mer och bredare perspektiv. Denna uppsats ämnar utforska det genom den preliminära frågeställningen:

Hur kan man genom asexuella personers upplevelser förstå medikaliseringen av ace personer?

Detta är en kandidatuppsats. Det material som insamlas kommer användas för att hitta mönster, centrala teman och intressanta vinklar. Personer som identifierar sig själva som asexuella kommer intervjuas i denna studie. Intervjuerna kommer vara mellan 30-45 minuter, ett tillfälle. Intervjupersonerna förväntas dela med sig av upplevelser av medikalisering i relation till deras asexualitet. Det färdiga resultatet kommer att publiceras för Lunds Universitet och bli läst och betygsatt av handledare och examinatorer. Eftersom att det kommer publiceras kommer det vara möjligt för vem som helst att läsa uppsatsen.

I uppsatsen kommer intervjupersonerna anonymiseras genom att refereras till som intervjuperson 1, 2 och så vidare (IP1, IP2...) och genom att genomgående tilldelas pronomen "den". Information som uppkommer under intervjun som riskerar röja intervjupersonen kommer ej tas med i uppsatsen. Det material som inhämtas av intervjupersonerna kommer bestå i inspelade intervjuer vilka kommer transkriberas varpå inspelningarna kommer raderas. Transkriptionen kommer sparas till dess att uppsatsen är färdig och godkänd.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Undersökningen kommer att resultera i en uppsats vid Lunds Universitet.

## Samtyckesblankett

### Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att:

- delta i studien
- att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs ovan

Datum och underskrift av intervjuledare: 2022-03-30 Alice Olsson

## 8.2 Informations- och samtyckesblankett Engelska

2022-03-30

### Information and consent form

#### Ace experiences of medicalization

You are hereby asked to participate in this study

The study of asexuality and asexual experiences can teach us about sexuality, preconceptions and prejudice surrounding sex and sexuality, queer experiences and discourses related to all of the mentioned among any other. This is a call for more and wider representation of asexual lived experiences in the social sciences. The aim of this study is to contribute to the knowledge gap about asexual lived experiences of medicalization and to analyze them through the preliminary research question:

How can one understand medicalization of asexual people through asexual experiences?

This is a bachelor's thesis. The material gathered will be used for my analysis in order to find patterns, central themes and interesting angles. The interviewees of this study are people who identify as asexual. The interviews will be about 30-45 minutes long, one interview per interviewee. Interviewees are asked to share experiences of medicalization related to their asexuality. The finished paper will be published by the University of Lund, read and graded by both tutors and university peers. Since it will be published, anyone can access the finished paper, although it will be written in Swedish.

Interviewees will be held confidential by being referred to as IP1, IP2 etc. (Interview person 1, 2...) and by all being assigned the Swedish pronoun "den", the equivalent to they/them. Information shared during interviews that might reveal the interviewee will not be used. Interviews will be recorded and then transcribed. As soon as the transcription is finished the recorded interview will be deleted. The transcriptions will be saved until the finished thesis is graded and has been approved.

Your participation is voluntary. You may at any point withdraw your participation along with any material collected without having to explain your withdrawal.

The study will be used for a bachelor's thesis at the University of Lund.

## Consent form

### Consent to participation in the study:

I have been given information about the study in writing as well as verbally and I have had a chance to ask any questions I might have had. I get to keep the written information form.

### I consent to:

- Participate in the study
- Information about me being handled in the manner described above

Date and name of the researcher: 2022-03-30 Alice Olsson

### 8.3 Mailutskick informanter Svenska

Den här gången är mitt fokus som sagt att undersöka diskurser kring asexualitet och medikalisering. Du kanske redan har en klar bild av vad det kan innebära men jag skriver till alla mina informanter en liten 1.1 om vad det kan innebära. Så: Medikalisering är att "göra någonting medicinskt" kan man säga. Det är i sig själv ett värdeneutralt begrepp - vissa saker är det bra att vi ser som medicinska tillstånd, men andra kanske inte. Medikalisering av asexualitet skulle då kunna förklaras som att en inte ser asexualitet som ett av många naturliga sätt att vara utan som någonting utanför mänsklig natur, någonting som kan ses som ett "tillstånd", förklaras eller åtgärdas medicinskt. Det kan till exempel ta sig uttryck genom att uttryckligen beskriva asexualitet som en sjukdom eller att uppfatta asexualitet som någonting vilket enbart befattar grad av libido (könsdrift) och därför inte är en sexuell läggning. Det kan också innebära att se asexualitet som ett tillstånd med inneboende medicinska egenskaper, exempelvis libido, social eller intellektuell förmåga eller form. Medikalisering av sexuella minoriteter har förekommit och förekommer. Ett exempel är hur homo- och bi-sexualitet var och fortfarande på många platser klassas som en sjukdom inte bara av medicin utan även socialt.

Som informant vill jag be dig att förbereda dig genom att tänka ut exempel ur ditt egna liv där du upplevt dig möta en medikalisering bild av asexualitet. Det kan vara exempel som handlat om dig personligen eller situationer där du stött på den synen - exempelvis i sociala medier, film, böcker osv. Jag tänker att tre exempel är en bra utgångspunkt men har du bara 2 eller många fler är det helt OK. Intervjun kommer vara i 30-45 minuter och vi pratar om det vi hinner. Innan intervjun kommer du få en informations- och samtyckesblankett vilka vi kommer gå igenom i början av intervjun.

Du kan ställa frågor och välja att avbryta din medverkan och dra tillbaka ditt material när du vill under processens gång.

## 8.4 Mailutskick informanter Engelska

So this time my focus will be discourse about asexuality and medicalization. You might already have a clear image of what examples of that might be but all informants get a 1.1 on the topic. So: medicalization could be described as "to make medical". It's a process where nonmedical problems become defined and treated as medical, usually in terms of illness and disorders. The term in itself is neutral - the medicalization of phenomena is not always neither good nor bad - and sometimes neither one of them. The medicalization of asexuality could be described as not viewing it as one of many sexual orientations, but rather something outside of human nature or deviant. It can be viewed as a "condition" which could be explained or treated medically. It can be made visible by descriptions of asexuality as an illness, as something only concerning matters of libido and not a valid sexual orientation. It can contain ideas about asexuality as a condition which holds inherent traits such as "libido issues" or social or intellectual (dis-)abilities. The medicalization of sexual minorities has been around for a long time and still is. One example is how homo- and bisexuality was, and in some places, still is considered an illness by either or both medical professionals and society.

I would ask you, the informant, to prepare yourself by thinking about examples from your life where you have experienced medicalization of asexuality. It can be examples about you personally as well as situations where you've come across this attitude in social media, movies, books etc. I recommend you prepare three examples, but if you only can come up with two or have many more that is totally fine. The interview will last 30-45 minutes so we will discuss as much as we have time for. Before the interview you will get an information and consent form which we will discuss together in the beginning of the interview.

This is a sensitive subject so please ask any questions you might have and know that you are always free to withdraw your participation along with any material that might have been gathered by then.

## 8.5 Annonsering om informanter till studien

2022-03-30

Hello everyone!

Last semester I did a pilot study on aphobia in preparation for my bachelor's thesis – and thank you all for the great response I got! It was truly overwhelming. Now, I am once again looking for interviewees but for the actual bachelor's. The topic is still aphobia studied through lived experiences of aces but with focus on medicalization.

If you'd like to participate, this is what you can expect:

Interviews can be held online or irl if you are in the area of Sweden, Skåne, and will be about 30-45 minutes long. Participants will be held confidential throughout the study and can at any time before, during or after their interview have their participation and material withdrawn. The topic will be experiences of medicalization in relation to ace identity. This is a sensitive subject and participants will not be pressed or coerced into continuing the interview or subject of discussion if they ever feel not to. You will be asked to prepare a couple of experiences or situations where you encountered experiences of medicalization to talk about. This is to make sure that participants only share what they are comfortable with.

I myself am aroace and can guarantee a certain level of preunderstanding. You will not be questioned about or asked to explain anything concerning your gender or sexual identity other than the request that you in some way identify as ace. I'm looking for 7 aces to interview sometime between now and April 15th. You must be 18 years old or more and preferably speak somewhat fluent English or Swedish.

Some of you know me better than others but here's a little something on who I am: I'm Alice, 26 years old, live in Sweden, Malmö, and I'm aroace! I'm studying social psychology in Sweden, at Lund University. I'm in a book club where we've just read "The Beekeeper of Aleppo" by Christy Lefteri. My music idols are Stevie Nicks, Areatha Franklin and ABBA (yes, I'm that Swedish). A lover of tea, preferably in combination with intense late night discussion with friends. That's me!

If you are interested or have any questions, please contact me on my e-mail. For reasons of participant confidentiality I recommend that you don't comment on your participation publicly online – although that of course is up to you to decide.

Best wishes, Alice

Email:

al2704ol-s@student.lu.se