RENITA SÖRENSDOTTER

Vaginalsamlagets självklarhet

Samlagssmärta som ett nyckelbegrepp för hur personal på ungdomsmottagningar begripliggör unga kvinnor med vulvasmärtor

ABSTRACT

På såväl ungdomsmottagningar som inom den gynekologiska vården används begreppet samlagssmärta på ett självklart sätt för att klassificera smärtor i underlivet. Samlagssmärta som begrepp beskriver smärtor i slidmynningen som försvårar vaginalsamlag eftersom de sitter där en penis ska passera vid heterosexuellt sex. Genom begreppet samlagssmärta sätts vaginalsamlaget i centrum för den diskurs som formas om smärtorna i underlivet. Därutöver innebär den heteronormativa bilden av sex som likställt med vaginalsamlag att personer med vulvasmärtor som har lesbiskt eller queert sex, eller som lever asexuellt, osynliggörs. Personalen på ungdomsmottagningarna har formell expertmakt i hur de definierar, kategoriserar och förklarar vulvasmärtor. Därmed är det intressant att analysera hur begreppet samlagssmärta och dess konnotationer är verksamma i personalens arbete med dem som lider av vulvasmärtor.

I den här artikeln analyserar jag hur personal på ungdomsmottagningar talar om samlagssmärta och hur de därigenom formar en diskurs som bygger på sammanlänkningar av unga kvinnor, vulvasmärtor och sexuell praktik. Genom teorier om heteronormativitet, samlagsimperativ och expertmakt visar jag på hur vaginalsamlaget blir det nav som smärtan i underlivet kategoriseras och förklaras utifrån. Diskursen om samlagsmärta diskuteras främst med utgångspunkt i hur barnmorskor, kuratorer och gynekologer på ungdomsmottagningar i sin roll som experter använder begreppet, men även utifrån hur den formats historiskt och medicinskt. Artikeln innehåller också material ur ett tidigare projekt om dem som är drabbade av vulvasmärtor, men detta material står inte i centrum för analysen.

Nyckelord: samlagssmärta, vulvasmärta, samlagsimperativ, heteronormativitet, ungdomsmottagningar, expertmakt

© The authors. Published by Föreningen Lambda Nordica under the CC BY-ND license.

Nej, de vägrade faktiskt att sätta diagnos på mig, de kallade det för samlagssmärta. Men sen så hörde jag på radion om det här [vestibulit] och jag bara "men det är ju det jag har så klart". Och det tog jag upp med den här barnmorskan, men hon var så här "nej men vi sätter inte diagnoser på så här unga för att det är så stigmatiserande" och så där. Så de ville kalla det för samlagssmärta, även om jag inte har samlag. […] Och att de fortfarande kallar det för samlagssmärta, alltså även den här gynekologen som jag träffade på specialistmottagningen: "samlagssmärta bla bla". Jag bara "men jag har inte samlag!"
Amelie 23 år

"MEN JAG HAR inte samlag!", sa Amelie argt när hon ifrågasatte begreppet samlagssmärta. För hur kan en ha samlagssmärta om samlag inte genomförs? Amelie var en av 21 informanter i mitt projekt om hur vulvasmärtor upplevs och hanteras av dem som är drabbade. Flera andra informanter i projektet ifrågasatte också begreppet samlagssmärta: några av dem för att de inte deltog i vaginalsamlag och några för att de primärt hade sex med kvinnor och samlagsimperativet därmed inte påverkade dem. För dessa informanter framstod fixeringen vid vaginalsamlag som märklig eftersom underlivssmärtan var ständigt pågående och även gav besvär i vardagen (Sörensdotter 2012a; 2012b; 2017). Det var vanligtvis på ungdomsmottagningarna som de unga kvinnorna blev klassificerade och eventuellt diagnosticerade; det var där de möttes av förklaringsmodeller och fick råd. Eftersom ungdomsmottagningarna visade sig ha en central roll i hur de som är drabbade vulvasmärtor tolkar och hanterar smärtan, vardagslivet och sin sexualitet valde jag att undersöka hur personal på ungdomsmottagningar hanterar och förstår vulvasmärtor. Den här artikeln fokuserar på hur personalen talar om och arbetar med dem som lider av smärtor i underlivet.

Forskningen om hur personal på ungdomsmottagningar i Sverige ser på sitt arbete och därtill hörande kunskapsförmedling, normer och värderingar är knapphändig. Det finns några utvärderingar av ungdomsmottagningarnas kvalitetsarbete och verksamhet som tar upp personalfrågor (se t.ex. Jarlbro 1998a, 1988b; Bak et al. 1993; Fors 2005a, 2005b). Viss forskning finns också om hur personal på ungdomsmot-

tagningar ser på sitt arbete med unga människor, såväl generellt som med avseende på kvinnor med icke-nordisk härkomst samt hur personalen arbetar med abort i relation till unga män (Holmberg & Wahlberg 1999; Alizadeh et al. 2010; Thomée et al. 2016). Det finns en hel del forskning och utvärderingar som handlar om ungdomars behov av sex- och samlevnadsinformation, samt deras vanor, beteenden och normer gällande sexualitet, alkohol och mental hälsa (se t.ex. Tydén 1996; Berg 1999; Forsberg 2000; Bäckman 2003; Lundgren & Sörensdotter 2004; Kristiánsdóttir et al. 2009; Strandberg et al. 2019; Waenerlund et al. 2020) och om ungdomars upplevelser av att besöka ungdomsmottagningar (Fors 2005a, 2005b). I dessa studier om ungdomarnas perspektiv dyker ofta ungdomsmottagningen upp som en viktig arena. Fokus ligger dock främst på ungdomarna. Relativt mycket forskning har även gjorts om hur normer skapas i sex- och samlevnadsundervisningen i skolan (se t.ex. Forsberg 2000, 2006; Bäckman 2003; Lundgren & Sörensdotter 2004; Martinsson & Reimers 2008), men motsvarande gäller inte för ungdomsmottagningar. Gisela Helmius (1990) pekar ut skolor och ungdomsmottagningar som några av de ställen där ungdomars sexualitet regleras av vuxna. Det finns ingen forskning om hur personal på ungdomsmottagningar bemöter och talar om dem som lider av vulvasmärtor, varför det här projektet, tillsammans med det tidigare projektet om dem som lider av vulvasmärtor, ger en unik inblick i hur diskursen om samlagssmärta är verksam i praktiken.

I den här artikeln analyserar jag hur personal på ungdomsmottagningar talar om samlagssmärta och hur de därigenom formar en diskurs som bygger på sammanlänkningar av unga kvinnor, vulvasmärtor och sexuell praktik. Genom teorier om heteronormativitet, samlagsimperativ och expertmakt visar jag på hur vaginalsamlaget blir det nav som smärtan i underlivet kategoriseras och förklaras utifrån. Diskursen om samlagsmärta diskuteras främst utifrån hur barnmorskor, kuratorer och gynekologer på ungdomsmottagningar använder begreppet, men även utifrån hur den har formats historiskt och medicinskt. Artikeln innehåller även material från projektet om dem som är drabbade av vulvasmärtor, men detta material står inte i centrum för analysen. Mot

bakgrund av begreppet samlagssmärta och dess kontext, har de frågor som ställts till det empiriska materialet handlat om hur personalen talar om sexualitet och kropp i relation till unga kvinnor som lider av vulvasmärtor. Artikeln handlar alltså inte om ungdomsmottagningarnas organisation, utan om hur språk och praktiker bidrar till att upprätthålla, förstärka, men också ifrågasätta vaginalsamlaget som den mest självklara heterosexuella praktiken. Den smärta som tas upp i artikeln är främst den typ av vulvovaginal smärta som drabbar unga personer med genitala smärttillstånd lokaliserade till slidmynningens nedre del, samt dem med utbredd smärta över vulvaområdet. Smärtorna i vulvaområdet och slidmynningen medför svårigheter vid vaginal penetrering, oavsett om penetreringen sker med en dildo, fingrar eller en penis, och gör även införande av tampong och gynekologiska undersökningar problematiska. Jag kallar dessa underlivsproblem för vulvasmärtor: det är ingen diagnos, men begreppet fångar in området för smärtan och kan liknas vid det engelska begreppet ”vulvar pain” (se Sörensdotter 2012b).

Diagnosticering, heteronormativitet och vaginalsamlag

De teoretiska utgångspunkterna i den här artikeln utgörs framför allt av socialkonstruktivistiska teorier med fokus på normer för genus och sexualitet, samt teorier om hur expertmakt och kunskap formas inom vård och omsorg. Ungdomsmottagningarnas verksamhet utformas – i likhet med andra verksamheter för vård och omsorg – utifrån historiska, kulturella och sociala normer. Olika aktörer upprätthåller eller förändrar tolkningen av sjukdom, behandling och sjukvårdens roll (se t.ex. Sachs 1987; Mol 2002). I medicinens makt ligger att diagnosticera det avvikande och fastställa det normala (se t.ex. Foucault 1976/2002, 1984/2002; Johannisson 1994). Diagnoser utformas och fastställs medicinskt, men är även beroende av kulturella normer, exempelvis dem om genus och sexualitet (Sachs 1987; Johannisson 1994; Kleinman 1995). Dessa normer påverkar vårdpersonalens kunskapsprocesser.

Som en effekt av att sexualitet som ämne och fält har införlivats inom en mängd olika vetenskaper och behandlingsystem har sexualitet i dess mångfald blivit ett fält där expertmakt utformas (Foucault 1984/2002).

Ungdomsmottagningar är en sådan plats där vuxna experter ska vägleda ungdomar och unga vuxna in i ”rätt” sorts sexualitet (se t.ex. Helmius 1990). Personal på ungdomsmottagningar har en formell maktposition i sin roll som experter, vilket medför att de kan ha stor påverkan på hur unga människor tänker om sin sexualitet. De bidrar även till att dra gränser mellan normalt och onormalt när de fastställer diagnoser och klassificerar problem. Michel Foucault (1976/2000, 1984/2002) menar att sexualiteten kontrolleras genom de föreställningar om god kontra dålig sexualitet som formas i samhället. Även om det alltid finns alternativa motdiskurser till de normerande, får de hegemoniska normerna högre trovärdighet. Enligt Foucault (1984/2002) präglas vår samtid av bekännelser om sexualitet. De som lyssnar – i det här fallet personal på ungdomsmottagningar – tillerkänns inom bekännelsekulturens ram rätten att tolka, värdera och bedöma.

Personal på ungdomsmottagningar påverkas av normer för genus och sexualitet, vilket innebär att även om många ungdomsmottagningar arbetar med hbtq-frågor, utgör heterosexualitet en given utgångspunkt. Kulturellt formas vi till att tänka och leva heterosexuellt på specifika sätt. De som inte lever upp till heterosexuella normer, blir kategoriserade som avvikande, speciella eller helt enkelt osynliggjorda (se t.ex. Rubin 1975; Rich 1980; Wittig 1992; Butler 1990). För att leva i enlighet med normerande heterosexualitet krävs vissa handlingar, exempelvis rätt slags sexuella praktiker. I den heterosexuella praktiken står vaginalsamlaget i centrum; penis i slida är en del i den dramaturgi som upprätthåller och bekräftar heterosexualitet (se t.ex. Segal 1994; Potts 2002). Denna diskurs om sexuella praktiker fångas in i begreppet samlagsimperativ, vilket betecknar normen att penis ska in i slidan vid heterosexuella akter, annars betraktas inte händelsen som ”riktigt” sex. Samlagsimperativet är en diskurs med flertusenåriga anor som exempelvis kan skönjas i synen på vaginalsamlaget som bekräftelse på att äktenskapet är fullbordat och dess sammanlänkning till barnalstrande. Genom samlagsimperativet bekräftas den normerande sexualiteten (se t.ex. Segal 1994; Jackson 1996; Potts 2002; Mottier 2008). I Sverige i dag har vaginalsamlaget inte samma stränga koppling till moral och

äktenskap, men det kvarstår som den primära heterosexuella sexakten. I denna text är det vaginalsamlaget som utgör centrum för analysen. Det är förstås bara en av alla mångfaldiga handlingar som ses som givna i den obligatoriska heterosexualiteten. Jag skiljer i artikeln mellan vaginalsamlag och vaginal penetrering, där det förstnämnda avser penis i slida, medan det sistnämnda avser all form av vaginal penetration, oavsett objekt.

Det queera forskningsfältet har kritiserats för att mest fokusera på queera subjekt och queert liv, medan heterosexualitet som praktik och levd erfarenhet blandas samman med heteronormativitet. Heterosexualiteten talas det sällan om på ett nyanserat sätt; den blir den monolit det queera ställs emot (Segal 1994; Hockey et al. 2007; Beasley 2010). Den här fällan är lätt att falla i för den som forskar om sexualitet, eftersom den erbjuder en enkel väg till analys. Utmaningen i denna artikel har bestått i att förhålla sig till heteronormativitet som en del i samlagssmärtediskursen och samtidigt söka efter nyanseringar i talet om heterosexualitet. Andra sätt att benämna och organisera heterosexuellt liv behöver inte med nödvändighet kategoriseras som queera eller som queera sprickor i heteronormativiteten, de kan snarare utgöra variationer på heterosexuellt liv. Att sätta likhetstecken mellan heteronormativitet och heterosexuellt liv innebär att en förenklad tolkning görs.

Material, metod och analys

På ungdomsmottagningar finns personal med mångsidig kompetens. För att en verksamhet ska få kalla sig ungdomsmottagning måste den ha en barnmorska, en kurator och/eller psykolog samt en läkare. Utöver detta kan det vid ungdomsmottagningar även finnas sjuksköterskor och undersköterskor. Materialet i denna studie består av 20 semi-strukturerade intervjuer med personal på tre olika ungdomsmottagningar i Stockholm. Intervjuerna fokuserade på teman som genus, sexualitet, sexuell praktik, unga kvinnors underlivsbesvär, hbtq-frågor, samt frågor om arbetet utifrån respektive yrkesroll. I denna artikel behandlas 14 av materialets 20 intervjuer: två intervjuer med gynekologer, sju med barnmorskor och sju med kuratorer/psykologer. Eftersom övriga inter-

vjuade - en receptionist, en psykiatriker, en sjuksköterska och en dietist - inte deltog i arbetet med vulvasmärtor är intervjuerna med dem inte relevanta för den här artikeln. Av anonymitetsskäl kommer psykologerna att räknas in i kategorin kuratorer. De betraktas tillsammans som psykosocial personal med rådgivande och terapeutisk funktion. Detta eftersom psykologerna på ungdomsmottagningar i Stockholms län är mycket få och därmed lättidentifierade. Citaten kommer inte heller att fästas vid ett fingerat namn eftersom andelen män som arbetar som barnmorskor och kuratorer är fåtaliga. En manlig barnmorska, respektive två manliga kuratorer/psykologer deltog i studien. För att skydda deras integritet har jag valt att inte göra det möjligt att länka samman citaten till specifika personer, utan alla talar utifrån sina positioner som representanter för gruppen barnmorskor respektive kuratorer. Intervjuerna har transkriberats och språket har putsats något för läsbarhetens skull, dock utan att förändra innebörden i det sagda.

Intervjuerna har analyserats utifrån ett diskursteoretiskt perspektiv med inriktning på hur språk och praktiker konstruerar kroppar på vissa specifika sätt (Foucault 1976/2002; Haraway 1991). Inspirerad av Michael Foucaults andra band om sexualitetens historia har jag ställt frågor om hur vetandet om sexualiteten bildas och hur sexualitetens utövande begripliggörs och regleras (Foucault 1984/2002). Jag har gått igenom de transkriberade intervjuerna och tematiserat talet om samlagssmärta, talet om unga kvinnor och sexualitet, diagnosticering, behandling och bemötande. Vid skrivandet av den här artikeln lade jag särskilt fokus på talet om samlagssmärta och hur begreppet kontextualiseras. Jag inhämtade även forskning om diagnosticeringens historik för att på så sätt söka begreppets genealogi. I analysen använde jag mig även av Foucaults tankar om att vi i maktens mångfaldiga relationer kan finna öppna strategier och rationella förfaranden (1984/2002). Jag utgår från att personalen genom sin profession har en formell maktposition, men att de använder den på mångfaldiga sätt. Det är möjligt för olika aktörer att navigera mellan hegemoniska diskurser och motdiskurser och därigenom förskjuta diskursernas innebörder och effekter (Burr 1995). En diskurs är aldrig totalitär, utan utmanas och förändras

ständigt; den innehåller alltid motstridiga kunskapsanspråk (Foucault 1976/2000; se även Haraway 1991). I analysen har jag sökt efter hegemoniska diskurser, men även efter sprickorna i dem. Studien om ungdomsmottagningar länkas även samman med min tidigare studie om dem som är drabbade av vulvasmärtor (Sörensdotter 2012a, 2012b, 2017), men min huvudsakliga fokus i den här artikeln ligger på hur personal på ungdomsmottagningar använder begreppet samlagssmärta och vilka tolkningar de gör av det.

I en sådan här kort text är det endast möjligt att fånga in en mindre del av den större diskurs som länkar samman vaginalsamlag och smärta i underlivet. Jag kontextualiserar materialet genom att redogöra för hur diagnosticeringen av vulvasmärtor utvecklats över tid och ger på så sätt en historisk bakgrund till sammanläkningen av vaginalsamlag och underlivssmärta. Jag redogör därefter för hur personal på ungdomsmottagningar resonerar om vaginalsamlag och samlagssmärta.

Från vaginism till samlagssmärta

En mängd olika diagnoser som avser smärtor i slidan och vulvaområdet har lanserats allt sedan 1800-talets mitt. Under senare delen av 1800-talet beskrev flera läkare förekomsten av överkänslighet i slidmynningen utan att namnge syndromet (Moyal-Barracco och Lynch 2004). Vaginism lanserades som begrepp 1861. Diagnoskriterierna utgjordes av kramper och smärtsamma sammandragningar i slidmynningen. Dyspareuni som benämning på smärta vid samlag lanserades 1871. Såväl vaginism som dyspareuni länkades samman med problem att genomföra samlag inom äktenskapet, vilket innebär att diagnoserna redan då baserades på föreställningen om vaginalsamlag som äktenskapets fullbordande och mannens rätt till vaginalsamlag (Nilsson 2015; se även Binik 2005).

Den mer moderna diagnosticeringen av vulvovaginala problem kan spåras till 1970-talet. I mitten av 1970-talet lanseras den målande termen brinnande vulva. Ett ord som gör att även allmänheten kan förstå att det handlar om en skärande, brännande, stickande och intensiv smärta. Begreppet brinnande vulva ifrågasätts dock med hänvisning till hur sammanlänkningen av kvinnor och brännande smärtor har använts

för att psykologisera och förlöjliga kvinnors lidande. Samtidigt kommer signaler från läkarkåren om att vulvodyni och brinnande vulva behöver särskiljas genom tydligare diagnoskriterier (Moyal-Barracco & Lynch 2004). År 1987 lanseras termen vulva vestibulit i en artikel av EG. Fredrich (1987). Trots relativt snar kritik som riktar in sig på att det inte rör sig om ett inflammatoriskt tillstånd, såsom ändelsen -it indikerar, blir termen kvar. Vulva vestibulit får beteckna ett genitalt smärttillstånd som är lokaliserat till slidmynningens nedre del och som uppkommer vid provokation. Vulvodyni blir den term som kommer att avse generaliserad oprovocerad smärta utbredd över vulvaområdet. Skillnaden består således i om smärtan är provocerad eller inte. Gränsen mellan termerna har dock inte upprätthållits i klinisk verksamhet (Moyal-Barracco & Lynch 2004). Flera forskare menar också att det är svårt att särskilja de olika typerna av smärta och att diagnoserna därtill överlappar varandra. Uppdelningen har därför ifrågasatts (se t.ex. Edwards 2004; Binik 2010).

Den moderna diagnosticeringen av vulvovaginala besvär återfinns i den psykiatriska diagnosmanualen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som är framtagen av American Psychiatric Association, samt i ICD (International Classification of Diseases) utgiven av WHO (Den senaste, helt digitala versionen av den sistnämnda, ICD-11, har dock ännu inte införts i Sverige). I DSM-V, som kom 2013, har diagnoserna dyspareuni och vaginism slagits ihop till klassifikationen *genito-pelvic pain/penetration disorder*. De kriterier som satts upp för klassifikationen avser bland annat svårigheter med vaginal penetration, markerad vulvovaginal smärta eller bäckensmärta vid penetration eller försök till penetration (IsHak & Tobia 2013). I DSM-V används, till skillnad från i tidigare versioner, begreppet penetration i stället för samlag (*intercourse*). Begreppet penetration kan inkludera fler objekt än penis i slida, exempelvis fingrar, dildo, tampong och spekulum. I ICD-10 gäller fortfarande klassifikationen dyspareuni med kod N 94.1 för att diagnosticera smärta vid samlag med fysiologiska eller psykologiska orsaker. Vestibulit sorteras in under kod N 76.3. Dyspareuni är en diagnos som alltså dröjt sig kvar sedan slutet av 1800-talet, även om beskrivningarna av vad den avser har ändrats något med tiden.

Det som kvarstått över tid är att dyspareuni klassificeras som smärta vid samlag, inte endast som smärta i en viss kroppsdel. Det innebär att det funnits en kontinuitet i begreppet som sträcker sig över mer än 100 år. Att definiera dyspareuni och dess undergrupper vestibulit och vulvodyni utifrån sexuell funktion i stället för som ett smärtsyndrom framstår som märkligt om vi förhåller oss till symptomen i sig (Binik 2005). Men om vi betänker den historiska kontexten, där kvinnor utmålats som hysteriska, sexualneurotiska och frigida, men alltid till för att fyllas med en penis, blir det begripligt att definiera smärtan som sexuell.

Eftersom såväl kliniska erfarenheter som forskning visat att vulvovaginala smärtor har flera olika orsaker och symptom, samt att klassifikationen behöver tydliggöras, samlade International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) 2015 en rad olika expertorganisationer för att omdefiniera terminologin. Detta resulterade i en ny indelning: 1) vulvasmärtor orsakade av en specifik störning och 2) vulvodyni utan tydligt identifierbara orsaker. I det senare fallet ska smärtan ha funnits under minst tre månader (Bornstein et al. 2016). I klassifikationerna nämns inte vaginalsamlag, eftersom fokus läggs på smärtsyndromet i sig. Utifrån detta sätt att se på vulvovaginal smärta skulle en vardaglig svensk definition kunna vara genital smärta eller underlivssmärta. En sådan definition blir fri från genus och sexuell praktik. Den pekar på ett smärtsyndrom i genitalierna.

I vardagligt tal och i olika vårdinstanser används begreppet samlagssmärta. Detta svenska begrepp används även i Socialstyrelsens kartläggning av vestibulit (2018). En sökning på begreppet samlagssmärta på Google ger ungefär 16 000 träffar (20-09-25). Socialstyrelsen (2018) nämner i sin rapport att det är svårt att beräkna omfattningen av problemen eftersom flera olika diagnoser och diagnoskriterier används. Därtill registreras patienter som söker hjälp på ungdomsmottagningar, primärvård eller hos barnmorskor inte i hälsodata- och kvalitetsregister. Socialstyrelsens undersökning inkluderar vestibulit, vulvasmärta och/eller samlagssmärta. Begreppet samlagssmärta skapar en språklig förskjutning av vulvasmärtan som länkar samman smärtan med en av de aktiviteter som inte går att genomföra: (vaginal)samlag.

Samlag och smärta samlade i en klassificering

Diagnosticering har olika betydelser beroende på vilken utbildning personalen på ungdomsmottagningarna har. En tydlig skiljelinje går mellan dem med medicinsk utbildning och dem med social/psykologisk utbildning. För dem med medicinsk utbildning är diagnoser ett verktyg som hjälper dem att avgöra vilken hjälp som ska ges. För barnmorskor är dock diagnosen vestibulit sällan viktig för behandlingen. Om en läkare ställt diagnosen vestibulit arbetar de utifrån det. Kuratorer ser inte diagnosen som särskilt betydelsefull, eftersom de utgår från individens livsvillkor i sin helhet, något de menar är av större vikt än en diagnos. Samtliga informanter använder ibland begreppet vestibulit, men den vanligast förekommande beteckningen på problemen är begreppet samlagssmärta. Det begreppet fångar i personalens mening in fler problem än diagnosen vestibulit. Styrkan i begreppet samlagssmärta ligger i att det är vardagligt och begripligt för alla, som en barnmorska förklarar:

> För mig är samlingsnamnet samlagssmärtor. […] Men sen beror en del på vestibulit, men vestibulit är ju oftast skadade slemhinnor. […] Sen kan samlagssmärta vara att man krampar. Det kan vara att man har infektion, det gör ont på grund av att man har svampinfektion till exempel, eller infektion överhuvudtaget. Man kanske inte har lust, brist på lust. […] För mig innebär det [ordet] att man har samlag eller sex, man kan ju ha sex på olika sätt, men man har ont, oftast är det vaginalt på något sätt.

Samlagssmärta som samlingsnamn ger alltså information om att problemen rör sexualitet och genitalier, men att problemen kan bero på allt från vestibulit till svampinfektioner. I citatet går det även att skönja en glidning mellan begreppen samlag och sex: hur de är olika men ändå lika. Ingen tydlig definition av sex framträder, men det står klart att samlag ska förstås som vaginalsamlag. Problemet är i alla fall ”vaginalt på något sätt”. Samlagssmärta som begrepp gör det möjligt för barnmorskorna att klassificera de unga kvinnornas smärta och agera utifrån det. Samtidigt kräver svampinfektioner annan behandling än vestibulit, vilket leder till ifrågasättande av samlingsnamnet samlagssmärta.

En del barnmorskor ifrågasätter även att samlagssmärta skulle vara det primära problemet. Det kan lika gärna handla om lustproblematik, vilket kräver annan behandling, ”men de söker inte förrän det är samlagsrelaterad smärta, och så sätter vi igång och jobbar med den där samlagsrelaterade smärtan”, som en barnmorska uttrycker det. Hen fortsätter: ”Tittar du just på samlagsrelaterad smärta så får de här kvinnorna diagnosen samlagsrelaterad smärta för att den finns i både ICD-10 och DSM-IV, men man måste faktiskt ta en rejäl anamnes för att få rätt diagnos och många gånger är samlagsrelaterad smärta den sekundära diagnosen.” En av gynekologerna är inne på ett liknande spår: ”Man förstod att det kanske fanns mycket runt omkring, både som kanske samlagssmärtan hade orsakat i relationer eller relationer som orsakade bristande lust.” Samlagssmärta får förklara medicinska, sexuella och relationella problem.

Flera barnmorskor framhåller att det är bäst att iaktta viss försiktighet med diagnosticering, eftersom det annars finns risk att tjejerna sjukdomsförklaras i onödan. De vill helst fokusera på att stimulera det friska, inte bidra till att skapa en identitet som sjuk, som en av dem uttrycker det: ”Nej, för att egentligen jobbar jag med friskvård, så att säga.” Några barnmorskor menar att ungdomar googlar på symptom och att en del unga kvinnor som haft underlivssmärtor en kortare tid kommer in och säger att de har vestibulit. Barnmorskorna vill dämpa oron, inte spä på den. Genom att modifiera och kritisera strikt diagnosticering menar personalen att de fångar in fler unga kvinnor som behöver hjälp och undviker att sjukdomsförklara dem. Det är inte diagnosen som avgörande, utan hur de arbetar med dem som har smärtor, som en barnmorska förklarar:

> En del har ju ont även när de inte har samlag. […] Men den utlösande faktorn för varför man söker hjälp är ofta att det är smärta i samband med samlagsförsök eller samlag. […] Vi har ju inte satt någon etikett på det här, utan vi jobbar väl egentligen med samlagssmärta och sen med utgångspunkt från Huddingemodellen, att barnmorska och kurator jobbar ihop.

Att det inte sätts någon etikett på smärtproblematiken stämmer inte riktigt, eftersom begreppet samlagssmärta används. Talet om att undvika sjukdomsförklaring faller en aning på att problemförklaringen sätter vaginalsamlaget i fokus. En blir kanske inte sjukdomsförklarad genom begreppet samlagssmärta, men väl klassificerad och definierad. Enligt idéhistorikern Karin Johannisson (1994) bestäms sjukdomars existens av att de benämns och klassificeras. Utöver den benämning en sjukdom får stärks diskursen av vetenskaplig forskning om sjukdomen. Klassificeringen och hanteringen av sjukdomar präglas av kulturella normer (Sachs 1987; Johannisson 1994; Kleinman 1995). Samlagssmärta är ingen diagnos, men termen är tillräckligt vedertagen för att den ska forma en hel diskurs som pekar på att vaginalsamlag utgör en obligatorisk handling i det heterosexuella livet.

En gynekolog vid en ungdomsmottagning blir något fundersam när jag påpekar att en del av de drabbade inte har samlag, men ändå har smärta som ställer till problem i vardagen:

> Man tänker väl att smärtan kommer i samband med första samlaget. Men du har helt rätt, de här tjejerna kan ju ha haft så ont av att föra in en tampong till exempel och att det börjar med smärta redan då, men tanken är väl att det är vid samlagsdebut eller efter det som det sätter igång. Men smärtan är ju kring öppningen och det kan ju debutera innan man haft sitt första samlag. Absolut. […] Annars säger man nog smärta vid penetration, så det ligger ändå i där att det är någon form av penetration i det. Vad intressant… […] Nej, men vi har sett det som att det är penetrationen som gör ont, så att det är det vi har fokuserat på. Jag vet inte vad man skulle säga. Underlivssmärta? Det är ju också mera diffust, kanske.

Smärta lokaliserad till slidmynningen, och framprovocerad av penetration (oavsett objekt) kan, som gynekologen säger, betecknas som underlivssmärta. Det är en beskrivning som ger mer precis hänvisning till var smärtan sitter, utan att för den skull hänvisa till vaginalsamlag. Som nämnts har diagnosticeringen utvecklats och begrepp som genital

smärta, underlivssmärta, vulvodyni och vulvasmärta hänvisar till det ställe där smärtan sitter, inte till en viss aktivitet. Gynekologen tycker dock att underlivssmärta blir ”mera diffust, kanske”. Samtidigt är samlagssmärta som begrepp de facto diffust eftersom det, som konstaterats, utöver själva smärtan förväntas fånga in medicinska, relationella och sexuella problem.

I intervjuerna framkommer inte någon direkt kritik mot begreppet, men en barnmorska vill modifiera det något: ”Jag vill nog hellre använda samlagsrelaterad smärta. Man kan ju särskilja, har man ont vid beröring överhuvudtaget eller inte, eller är det förknippat med just sexuell aktivitet.” Kanske är det just det diffusa i begreppet som medför att det används. Det går att fånga in fler som behöver hjälp. Problemet är att begreppet inte synliggör alla de vardagliga problem som vulvasmärtor medför, exempelvis problem med att träna, bära stringtrosor eller tighta byxor och att sitta ned länge. Det är väl känt att smärtorna medför flera olika problem i vardagen, men vaginalsamlaget hamnar i fokus för problemdefinitionen (jfr Kahler 2006; Ayling & Ussher 2008; Sörensdotter 2012a, 2012b, 2017; Nilsson 2015). Utgångspunkten är att den sexuella akten penis i slida inte går att genomföra på ett smärtfritt sätt, något som vi sett återfinns redan i den tidiga diagnosticeringen från 1800-talets andra hälft.

I kraft av sin roll som experter och de kunskaper de besitter har personal på ungdomsmottagningar makten att tillhandahålla begrepp och förklaringsmodeller. Personalen tycker att begreppet samlagssmärta fångar in problemet. Begreppet bidrar dock aktivt till att upprätthålla vaginalsamlag som det mest centrala i en föreställd heterosexualitet, och samtidigt knyta samman underlivssmärtan med en normerande sexuell praktik. Därutöver innebär den heteronormativa bilden av sex som vaginalsamlag att personer med vulvasmärtor som har lesbiskt eller queert sex, eller som lever asexuellt, osynliggörs till följd av begreppet. Genom en praxis som innebär att inte diagnosticera, eller som personalen uttrycker det, inte sjukdomsförklara, och arbeta med det friska, klassificeras de som är drabbade av vulvasmärtor utifrån normer för heterosexualitet och sin oförmåga att leva upp till vaginal-

samlagets imperativ. Detta trots att de alltså lider av ett smärttillstånd som påverkar vardagslivet, vilket inkluderar sex, men även mycket annat.

Att förskjuta och bekräfta sexuella normer

Sammanlänkningen av vaginalsamlag och smärta bygger på samlagsimperativet och blir en del i klassificeringen av vulvasmärtor på ungdomsmottagningarna. Samlagssmärtediskursen utmanas dock något när det kommer till orsaksförklaringar och behandling. Samtliga informanter tycker att problemen med vulvasmärtor av olika slag har ökat i omfång. Flera informanter har tankar om varför det blivit så, något som kommer till uttryck i följande utbyte:

> Barnmorska: Man har fler sexualpartners i dag än tidigare. Man har ibland sex på ett sätt… Jag menar sexualitet, jag brukar förklara, det innefattar ju inte bara penetrerande sex, det är ju allt liksom. Det är som att det blir norm, man har väldigt mycket sex och det är klart att när man pratar om den här förälskelsefasen att man är nykär, man kanske har varit tillsammans i ett halvår, man har mer sex, men att det är liksom samlag på samlag och man lyssnar inte på vad kroppen säger ens, så att säga.
> Renita: Alltså inte en massa hångel och oralsex och sånt?
> Barnmorska: Nej, utan det är mer samlag. Och det kommer från porren som inspirerar. Vi vet att unga konsumerar porr på ett helt annat sätt än vad vi kan ana. […] Vi brukar ta upp det på våra studiebesök i årskurs nio, när man pratar om porr, vi träffar ju även killar som har erektionsproblem och då är det ju det här med prestation. Man har sett på porren, de håller ju på i timtal, så man får nyansera bilden av sex.

Barnmorskan pekar på en förändrad sexualitet bland ungdomar som innebär att de utför ”samlag på samlag”. Vaginalsamlaget har enligt hen och andra hamnat allt mer i fokus för de ungas sexualitet. De uppfattar dessutom att många ungdomar tror att samlag innebär snabb och hård penetrering. Flera barnmorskor nämner det förändrade sexualmönstret

som orsak till att smärtproblematiken har ökat. De anser att många ungdomar går för snabbt framåt i sin sexualitet. En barnmorska tar till fordonsmetaforen för att förklara problemet:

> Jag brukar säga att när man tar körkort så är man inte så bra bilförare, men man kanske blir det efter träning. Och det är ju samma sak här. Ungdomar har ju otroliga krav på sig, man ska vara duktig i skolan, man ska vara vacker och man ska vara en fullständigt bra älskare också när man är 15 år.

Sex är något som en lär sig med tiden, i lagom takt. Det är mycket som ungdomar ska lära sig att hantera under tonårstiden och sex framställs som ytterligare ett av de kravfyllda områden som skapar problem i livet. Sex kräver även andra kompetenser än just förmågan att utföra det. Som en av barnmorskorna uttrycker det: ”Alltså man vet väldigt mycket om avancerade saker om sex, men man kanske inte har en aning om hur man ser ut.” Här sker en förskjutning av samlagssmärtediskursen: vaginalsamlaget går från att vara beteckningen på den handling som inte kan utföras, till att bli del av förklaringen till varför smärtorna uppstår.

Att börja tala om kroppen och genitalierna blir en väg för personalen att tala om sexualitet. En barnmorska säger: ”Vi pratar mycket om det här med sexfysiologi, vad händer i kroppen när det tänder, vad händer när det inte gör det, hur påverkar det sexualiteten.” Ett sätt att närma sig samtalen om sexualitet och lust är genom att förmå de unga kvinnorna att lära känna sina genitalier och att öka sin kunskap om hur sexuell respons fungerar. En barnmorska motiverar det med hur de unga kvinnorna mår:

> Ibland får man prata mycket om kroppen och kroppskännedom, hur nära man är sitt eget underliv. Många av de här tjejerna är ju också, vad ska jag säga, otroligt avstängda. Man känner också att, ”mitt underliv sviker mig, jag är en dålig partner, jag kan inte leva upp till de här förväntningarna”. Man blir deppig av det och du vet, det är liksom mycket.

Genom den teoretiska kunskapen om anatomi och fysiologi med fokus på sexuell respons menar personalen att de unga kvinnorna kan lära sig att välja hur och om sexuella akter ska genomföras. Utgångspunkten på ungdomsmottagningarna är att de unga kvinnorna saknar vissa pusselbitar för att kunna forma sin sexualitet. Dessa pusselbitar kan personalen bidra med genom att förklara anatomi och fysiologi och hjälpa kvinnorna att hitta vägar till den önskade sexualiteten. Personalen använder sin expertmakt för att höja kunskapen hos de unga kvinnorna.

En annan förklaringsmodell när det gäller ökningen av vulvasmärtor bygger på antagandet att unga kvinnor har svaga gränser och behöver hjälp med att definiera dem. Som en barnmorska förklarar: ”att tjejer har en väldig förmåga att, de ska vara så, vad ska jag säga, vilja killen så väl och sen vill dom inte förlora killen heller så då har man sex fast det gör ont.” De ställer upp på sex och det beror i hög grad på genusnormer om foglighet, omsorg och passivitet vid den heterosexuella akten. Att ställa upp på sex är ett vanligt fenomen, och det blir förstås värre om en har smärtor i slidmynningen, särskilt om att ställa upp på sex innebär vaginalsamlag (jfr Elmerstig 2009; Sörensdotter 2012b, 2017). Med tanke på samlagsimperativet, som utgör en normerande del av det heterosexuella samlivet, är det dock begripligt att många ställer upp på sex, trots smärta.

För att minska den press unga kvinnor känner på att delta i vaginalsamlag och för att skapa möjlighet till läkning, avråder kuratorer och barnmorskor de unga kvinnorna från att delta i vaginalsamlag. De behöver vila det smärtsamma området och hitta tillbaka till lusten. Här är samtliga barnmorskor och kuratorer eniga. En av kuratorerna förklarar: ”För en del är det ju så att de inte får ha samlag, sen får de ju naturligtvis det, vi kan ju inte säga att de inte får ha samlag, men de är så pass röda och har så pass ont att de måste få tillbaka njutningen innan man börjar…” Avrådandet från vaginalsamlag handlar också om att ge den unga kvinnan frihet från pressen på att ha vaginalsamlag, vilket en av kuratorerna pekar på som centralt: ”Bara de kommer innanför dörren och ser i blicken att nu är han sugen så vet de att de kommer att få ont. Därför är det bra att lägga undan det ett tag helt, ta bort det här kravet. Vi ska ha sex, men inte samlag.”

När informanterna berättar om behandlingen av vulvasmärtor och sina tankar om ungdomar och sexuella normer, framför de kritik mot den ensidiga bilden av sex som (vaginal)samlag och mot att fokus ligger på att det ska vara på ett visst sätt. En kurator påpekar att ”för ungdomar i dag är ju sex samlag. […] Och det är ju så att man går väldigt fort på penetreringen. Alltså penetrationen är viktig.” De förstår de ungas fokus på vaginalsamlag eftersom det är norm, men ifrågasätter den ändå. En barnmorska uttrycker det på följande sätt:

> Ja det man säger till de här unga människorna, det är ju också att lägga ner det här med samlag ett tag, försök att lägga ner den biten. Sexualiteten är så mycket mer, och just det här att man ska känna också att man inte heller tappar den här närheten till sin relation. Många känner att tar man bort samlag, jaha vad har vi kvar då? Finns det någonting kvar då? Det finns en ångest i det där och vad händer då: ”Kommer min partner att lämna mig nu när jag talar om att jag inte kan ha samlag?” För många gånger har de ju inte kunnat ha samlag på ett tag heller. Men just det här, att ändå prata om sexualiteten i vidare perspektiv, det här med den egna sexualiteten, lusten, tankar om sex, vad är det att vara kåt, vad händer i kroppen, alltså såna där saker. Sen vet ju vi att när man är, oftast man och kvinna, så är det penetrationssex, och det är ju klart att de har ju sökt oss för att de vill kunna ha samlag.

Talet om att sexualitet är mycket mer än vaginalsamlag utmanar den heteronormativa bilden av vad sex kan vara. Samtidigt pekas penetrationssex ut som det självklara mellan män och kvinnor.

Vaginalsamlaget är en svår norm att utmana. I sina försök att förskjuta de sexuella normerna utmanar dock personalen samlagsimperativet. En barnmorska säger att ”Jag strider för det här att samlevnad, och kanske sex ska det väl heta. Det är ju inte sex som är det primära, det är ju samlevnaden som är den intressanta.” Samlevnad handlar om relationer och hur en vill leva sitt liv tillsammans med andra. En av kuratorerna brukar ta upp sex och samlag med dem som söker för vulvasmärtor: ”Jag säger att sex är inte bara samlag, utan det finns olika sätt och du ska inte

göra nånting mot din vilja. Känner du att du inte vill, då säger du det till din partner. Och så blir det ingenting, det kanske blir en annan gång om du har mer lust då. Det är jätteviktigt att du vill." Just den här egna viljan är förstås svår att använda sig av när vi lever i en heteronormativ kultur där vaginalsamlag genom samlagsimperativet görs till den främsta heterosexuella sexakten. Dock är det tydligt att den ensidiga bilden av vad heterosexuellt sex kan omfatta utmanas av personalen. De unga kvinnorna ska sätta agendan för sexualiteten och ge den ett innehåll som är mer mångsidigt än vaginalsamlaget, på ett sätt som utgår från deras egen lust och vilja. Motverkandet av heteronormativa normer på individbasis kräver att normerna ifrågasätts, om och om igen. Som en barnmorska beskriver det: "Jag tjatar ju ganska ofta på tjejerna att de ska vara mer egoistiska i relationer, inte låna ut sin kropp till vad som helst."

När personalen arbetar med att utmana vaginalsamlag som det nödvändiga och normala för heterosexualitetens utövande och med att ge de unga kvinnorna redskap för att hitta nya vägar till sin egen sexualitet skapas en motdiskurs, eller i alla fall en spricka i det hegemoniska samlagsimperativet. I stället för att uppmana kvinnorna att följa samlagsimperativet arbetar personalen med att luckra upp normen för vaginalsamlag och ge annat sex mer utrymme. De vill att de unga kvinnorna ska utgå från sin lust och den sorts sex de själva vill ha och arbetar mot det målet. Som en barnmorska förklarar det:

> Det är ju det tjejerna säger också i efterhand när man gör den här utvärderingen: "Tänk vad jag har lärt mig om mig själv, om sex." Helt plötsligt vaknar de upp här: "Jamen kåthet, hur känner jag då?". Just det här att förstå att man har sin egen sexualitet, och en ihop med sin partner, du vet, det är ju jätteviktigt. En del säger att "Jag börjar ju om i hela min sexualitet, jag börjar liksom från scratch". Så det där är spännande.

Att personalen tillhandahåller kunskap för att hjälpa unga kvinnor att "få börja om i sin sexualitet" skapar sprickor i samlagsimperativet. Med hjälp av Foucault (1984/2002) kan vi se det som att personalen, genom att förskjuta och rucka på diskursen utifrån sin position som experter,

öppnar för att utmana det heteronormativa samlagsimperativet. Därigenom skapas utrymme för omtolkningar av sexualiteten.

Begreppet samlagssmärta är dock, som tidigare nämnts, ett väl etablerat begrepp som inte utmanas genom personalens arbete med kunskapshöjning, där de ifrågasätter vaginalsamlaget som norm. Den kritiska syn på vaginalsamlag som personalen har framträder när personalen ställs inför de problem som de enskilda unga kvinnorna har och kommer fram i mötet med dem, men den återspeglas inte i begreppsanvändningen för smärttillståndet. Samlagssmärtediskursen upprätthålls genom och uppehåller sig kring vaginalsamlaget, även när andra alternativ ges, för de är just alternativ. I min studie om dem som är drabbade av vulvasmärtor berättade ett flertal av informanterna att de deltog i vaginalsamlag trots svåra smärtor, eftersom det skulle vara så. Sexakten ansågs inte fullbordad om penis inte varit inne i slidan (Sörensdotter 2012a, 2012b, 2017). Som en del av personalen på ungdomsmottagningarna säger söker de unga kvinnorna hjälp för att de inte kan delta i vaginalsamlag och vill kunna göra det. Diskurser är inget som svävar omkring fritt, utan något som görs av människor och något som befinner sig i ständig förändring. I personalens arbete utmanas vaginalsamlagets självklara status när de söker sig fram mellan normerande heterosexualitet och viljan att skapa utrymme för luststyrd sexualitet som inte är smärtsam.

Avslutande diskussion: samlagsimperativ och expertmakt

I talet om dem som är drabbade av vulvasmärtor utgör begreppet samlagssmärta navet i klassifikationen, förklaringsmodellerna och behandlingens mål. Samlagssmärta som begrepp utgör en sammansättning av det förmodat naturliga och nödvändiga (vaginal)samlaget och smärtan. Samlagsimperativet följer med under smärttillståndets hela klassifikationshistoria, från de första diagnoserna vaginism och dyspareuni. Begreppet samlagssmärta pekar ännu tydligare ut den historia som knyter samman heterosexuellt sex med vaginalsamlag som norm. Kriterierna för diagnosen handlar, utöver om smärtan och krampen, också om en praktik som försvåras. Smärtan tolkas i relation till en tänkt partner med vilken vaginalsamlag ska genomföras. Oförmågan till vaginalsamlag görs till ett större

problem än smärtan i sig. Enligt flera informanter i mitt projekt om dem som är drabbade av vulvasmärta, medför smärtan problem med all form av penetrering, med viss idrottsutövning, med att sitta länge och med att bära vissa kläder. Smärtan i sig ställer även till problem eftersom den dagligen riktar fokus mot smärtpunkterna i sådan grad att det är svårt att släppa tankarna på den (Sörensdotter 2012a, 2012b, 2017). Begreppet samlagssmärta utgör en synnerligen heteronormativ problemformulering som både upprätthåller och förstärker vaginalsamlaget som en självklar heterosexuell praktik, vilket förutom att begränsa heterosexuellt sex, osynliggör dem som har lesbiskt och queert sex, eller lever asexuellt. Att som föreslås i klassificeringen framtagen av ISSVD, i stället tala om smärtsyndromet och hur det tar sig uttryck, öppnar möjligheter att tala om smärtan och de problem den medför, utan att rikta specifik fokus mot vaginalsamlaget (Bornstein et al. 2016).

Genom sin kritik av hårda, snabba vaginalsamlag och fixeringen vid vaginalsamlag som det enda sättet att ha sex på skapar personalen en spricka i samlagssmärtediskursen. Genom sin expertmakt försöker personalen att förmå de unga kvinnorna att förskjuta sin sexualitet från samlagsimperativet till andra uttryck för lust och andra former av sex. Personalen visar även de unga kvinnorna hur deras genitalier fungerar och arbetar med att stärka deras förmåga att uppfatta sina egna gränser. I mitt projekt om dem som är drabbade av vulvasmärtor visade det sig att smärta i sig kan bidra till att omvandla sexuella praktiker. En del omförhandlade, efter mångårig smärta, sin sexuella praktik och hittade andra vägar till njutning och orgasmer än vaginalsamlag (Sörensdotter 2012b, 2017). Omkodningen av heterosexuellt sex äger dock rum i en starkt normerande kultur som bygger på att heteronormativa genusnormer strukturerar kvinnors och mäns sexuella praktik med utgångspunkt i vaginalsamlaget. Normer för det heterosexuella samlaget bidrar till att forma och bekräfta genusidentiteten och är därför grundläggande för hur heteronormativt genus görs. Även om inte alla lever i enlighet med normerna utgör samlagsimperativet en diskurs som unga kvinnor och personal på ungdomsmottagningarna måste förhålla sig till – även när de försöker utmana normerna och visa på en nyanserad bild av hetero-

sexuellt sex. Personalen talar dock på ett sätt som skapar en glidning mellan heteronormativt sex och heterosexuellt sex som variation. Häri kan den expertmakt personalen tillskrivs vara verksam för att vidga föreställningarna om vad som kan utgöra heterosexuellt sex.

I en kultur som bygger på inordning i heteronormativa levnadssätt är det en utmaning att stärka unga kvinnor i deras sexualitet, lust och förmåga till gränssättning. Det finns förstås (hetero)sexuell variation, men en diskurs så stark som den om hur heterosexuellt sex ska gå till förskjuts inte med enkelhet. Med detta sagt vill jag påpeka att jag inte ser det som enbart ungdomsmottagningarnas uppgift att förändra normerna för heterosexuellt sex; det arbetet kräver betydligt större ingripanden. Personalen på ungdomsmottagningar är del av samma diskurs som det övriga samhället. De har dock ett specifikt uppdrag i att stärka ungdomar i sin hälsa och sitt liv, samt ge dem verktyg för att bestämma över sin kropp och sexualitet (FSUM 2018). Genom detta uppdrag och i kraft av sin expertmakt har de möjlighet att ifrågasätta sexuella normer som begränsar ungdomars förutsättningar att känna lust och glädje i sin sexualitet. Till skillnad från andra aktörer som sysslar med generell sex- och samlevnadsundervisning har personalen på ungdomsmottagningar enskilda möten med dem som söker hjälp, vilket ger dem möjligheter till direkt påverkan, öga mot öga. De kan därmed bidra till att förskjuta diskursen om vulvasmärta genom att vidga föreställningarna om heterosexuellt sex till att innefatta fler sexuella handlingar, vilket även inkluderar att avstå från vaginalsamlag. Det innebär ingen radikal utmaning av samlagsimperativet, men personalen ger de unga kvinnor som lider av vulvasmärtor kunskap som i bästa fall kan leda till ökat sexuellt handlingsutrymme.

Renita Sörensdotter har en fil.dr. i socialantropologi och arbetar som universitetslektor vid Centrum för genusvetenskap, Uppsala universitet. Hennes forskning fokuserar på kroppslighet, sexualitet och sexuell dysfunktion med utgångspunkt i queerteori och intersektionalitet. Hennes forskningsprojekt inom fältet har handlat om hur dem som är drabbade av vulvasmärtor tolkar och upplever sin

kropp, sin sexualitet och sina möten med vården, om hur personal på ungdomsmottagningar talar om och bemöter dem som söker för vulvasmärtor, samt om hur medicinstudenter upplever sina praktiska erfarenheter av att lära sig att genomföra gynekologiska undersökningar. Hon har även utvecklat metoder för att arbeta med normkritisk pedagogik.

REFERENSER

Alizadeh, Venus, Ingrid Hylander, Tahire Kocturk & Lena Törnkvist. 2010. "Counselling young immigrant women worried about problems related to the protection of 'family honour' – from the perspective of midwives and counsellors at youth health clinics." *Scandinavian Journal of Caring Science* 24: 32–40.

Ayling, Kathryn & Jane M. Ussher. 2008. "If sex hurts, am I still a woman?" *Archives of Sexual Behavior* 37: 294–304.

Bak, Maren, Lars Gunnarsson & Birgitta Ljungberg. 1993. *Att ta emot ungdomar: en utvärdering av ungdomsmottagningarna i Göteborg*. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Beasley, Chris. 2010. "The Elephant in the Room: Heterosexuality in Critical Gender/Sexuality Studies." *NORA* 18(3): 204–209.

Berg, Lena. 1999. *Lagom är bäst. Unga kvinnors berättelser om heterosexuell samvaro och pornografi.* Stockholm: Bilda förlag.

Binik, Yitzchak M. 2005. "Should Dysparenuia Be Retained as a Sexual Dysfunction in DSM-V? A Painful Classification Decision." *Archives of Sexual Behavior* 34(1) February: 11–21.

Binik, Yitzchack M. 2010. "The DSM Diagnostic Criteria for Dyspareunia." *Archives of Sexual Behavior* 39(2) April: 292–303.

Bornstein, Jacob, Andrew T. Goldstein, Colleen K. Stockdale, Sophie Bergeron, Caroline Pukall, Denniz Zolnoun & Deborah Coady. 2016. "2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia." *Journal of Lower Genital Tract Disease* 20(2): 126–130.

Burr, Vivien. 1995. *An Introduction to Social Constructionism.* London & New York: Routledge.

Butler, Judith. 1990. *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity.* London & New York: Routledge.

Bäckman, Maria. 2003. *Kön och arbete. Samlevnadsundervisning och ungdomars tankar om sexualitet.* Göteborg & Stockholm: Makadam förlag.

Edwards, Libby. 2004. "Subsets of vulvodynia: overlapping characteristics." *Journal of Reproductive Medicine* 49(11): 883–887.

Elmerstig, Eva. 2009. *Painful Ideals. Young Swedish Women's Ideal Sexual Situations and Experiences of Pain during Vaginal Intercourse*. Linköping: Linköpings universitet.

Fors, Zelma. 2005a. *Ungdomsmottagningens roll och verksamhet. Ungdomsperspektivet.* Forskningsstation Mösseberg. Arbetsrapport 2005:E.

Fors, Zelma. 2005b. *Ungdomsmottagningen – ungdomar och personal berättar.* Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2005:5.

Forsberg, Margareta. 2000. *Ungdomar och sexualitet. En presentation av aktuell svensk kunskap.* Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2000:15.

Forsberg, Margareta. 2006. *Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005.* Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2006:18.

Foucault, Michel. 1976/2002. *Sexualitetens historia. Band 1. Viljan att veta.* Göteborg: Daidalos.

Foucault, Michel. 1984/2002. *Sexualitetens historia. Band 2. Njutningarnas bruk.* Göteborg: Daidalos.

Friedrich, EG. 1987. "Vulvar vestibulitis syndrome." *Journal of Reproductive Medicine* 32: 110–114.

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM). 2018. *Riktlinjer för Sveriges Ungdomsmottagningar.* http://fsum.nu/wp-content/uploads/2018/12/FSUM-Riktlinjer.pdf (Hämtad 20-07-07).

Haraway, Donna J. 1991. *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature.* London: Free Association Books.

Helmius, Gisela. 1990. *Mogen för sex? Det sexuellt restriktiviserande samhället och ungdomars heterosexuella glädje.* Uppsala: Uppsala universitet.

Hockey, Jenny, Angela Meah & Victoria Robinson. 2007. *Mundane Heterosexualities. From Theory to Practices.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Holmberg, Lars I. & Vivian Wahlberg. 1999. "The Staffs' Views Regarding Young Men Involved in Decisions on Abortion: Preliminary Information from a Study of Outpatient Clinics for Adolescents in Sweden." *Gynecologic and Obstetric Investigation* 47:177–181.

IsHak, Waguih William & Gabriel Tobia. 2013. "DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions." *Reproductive System and Sexual Disorders. Current Research* 2.2.

Jackson, Stevi. 1996. "Heterosexuality, power and pleasure." I Stevi Jackson & Sue Scott (red.), *Feminism and sexuality. A reader*, 175–179. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Jarlbro, Gunilla. 1998a. *Verksamheten vid landets ungdomsmottagningar.* Statens folkhälsoinstitut. Rapport 1998:17.

Jarlbro, Gunilla. 1998b. *Behöver vi ungdomsmottagningar?* Statens folkhälsoinstitut. Rapport 1998:45.

Johannisson, Karin. 1994. *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle.* Stockholm: Norstedts.

Kaler, Amy. 2006. "Unreal women. Sex, gender, identity and the lived experience of vulvar pain." *Feminist Review* 82: 50–75.

Kleinman, Arthur. 1995. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine.* Berkley: University of California Press.

Kristiánsdóttir, Jóna, Claes Sundelin & Tord Naessen. 2009."Health-related self-assessed quality of life in young people at a Youth Centre in Sweden." *Scandinavian Journal of Caring Science* 23: 465–472.

Lundgren, Eva Renita Sörensdotter. 2004. *Ungdomar och genusnormer på skolans arena.* Falun: Dalarnas forskningsråd.

Martinsson, Lena & Eva Reimers (red.). 2008. *Skola i normer.* Malmö: Gleerups.

Mol, Annemarie. 2002. *The body multiple: Ontology in medical practice.* Durham & London: Duke University Press.

Mottier, Véronique. 2008. *Sexuality: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Moyal-Barracco, Micheliene & Peter J. Lynch. 2004. "2003 ISSVD Terminology and Classification of Vulvodynia. A Historical Perspective." *Journal of Reproductive Medicine* 49: 772–777.

Nilsson, Ulrika. 2015. "Vulvasmärta, penetrationsobligatorium och den kvinnliga lustens död." I Klara Arnberg, Pia Laskar & Fia Sundevall (red.), *Sexualpolitiska nyckeltexter*, 232–240. Stockholm: Leopard förlag.

Potts, Annie. 2002. *The Science/Fiction of Sex. Feminist deconstructions and the vocabularies of heterosex.* London & New York: Routledge.

Rich, Adrianne. 1980. "Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence." *Signs* 5(4): 631–660.

Rubin, Gayle. 1975. "The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex." I Rayna R. Reiter (red.), *Toward an Anthropology of Women,* 157–210. New York: Monthly Review Press.

Sachs, Lisbeth. 1987. *Medicinsk antropologi.* Stockholm: Liber.

Segal, Lynne. 1994. *Straight sex. The politics of pleasure.* London: Virago Press.

Socialstyrelsen. 2018. *Kartläggning av vestibulit. Förekomst och behandling av flickor och kvinnor med vestibulit samt behov av kunskapsstöd.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Strandberg, Anna, Charlotte Skoglund, Johanna Gripenberg & Pia Kvillemo. 2019. "Alcohol and illicit drug consumption and the association with risky sexual behaviour among Swedish youths visiting youth health clinics." *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 36(5): 442–459.

Sörensdotter, Renita. 2012a. "Pain and sex(uality) among women suffering from vulvar pain." I Lisa Käll Folkmarson (red.), *Dimensions of Pain*, 60–71. London & New York: Routledge.

Sörensdotter, Renita. 2012b. "Heteronormativ sexuell dramaturgi med queera sprickor. Hur kvinnor med vulvasmärtor hanterar sexuell praktik." *Tidskrift för genusvetenskap* 4: 25–49.

Sörensdotter, Renita. 2017. "Heteronormativity as a painful script. How women with vulvar pain (re)negotiate sexual practice." I Emma L. E. Rees (red.), *Talking bodies. Interdisciplinary perspectives on embodiment, gender and identity*, 163–182. London: Palgrave.

Thomée, Suzanne, Desiré Malm, Monica Christianson, Anna-Karin Hurtig, Maria Wiklund, Anna-Karin Waenerlund & Isabel Goicolea. 2016. "Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services – a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden." *Reproductive Health* 13:147.

Tydén, Tanja. 1996. *It will not happen to me. Sexual behaviour among high school and university students and evaluation of STD-prevention programmes.* Uppsala: Uppsala universitet.

Waenerlund Anna-Karin, Miguel San Sebastian, Anna-Karin Hurtig, Maria Wiklund, Monica Christianson & Isabel Goicolea. 2020. "Assessing the youth-friendliness of youth clinics in northern Sweden: a survey analyzing the perspective of the youth." *BMC Health Services Research* 20:346.

Wittig, Monique. 1992. *The Straight Mind and Other Essays.* Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

ABSTRACT

In both youth health clinics and gynaecological care, the term coital pain is commonly used to classify pain in the genital area. As a concept, coital pain refers to a situation where vaginal intercourse becomes impossible, since the pain in the vaginal opening is located where the penis should pass during heterosexual sex. Through the concept of coital pain, vaginal intercourse is placed at the centre of the discourse about pain in the genital area. In addition, the heteronormative image of sex as vaginal intercourse means that people with vulvar pain engaging in lesbian or queer sex, or living asexually, are excluded by the term. Staff at youth health clinics have formal expertise in how they define, categorize and explain vulvar pain. Hence, it is interesting to analyse how the concept of coital pain and its connotations are mobilized in work with those suffering from vulvar pain.

In this article, I analyse how staff at youth health clinics talk about coital pain and how they thereby produce a discourse based on the interconnections between young women, vulvar pain and sexual practice. Using theories of heteronormativity, sexual intercourse and expert power, I show how vaginal intercourse becomes the fulcrum through which pain in the genital area is categorized and explained. The discourse on coital pain is mainly discussed in terms of how midwives, counsellors and gynaecologists in youth health clinics, as experts, use the concept, but also how the discourse has evolved historically and medically. The article contains elements from a previous project on those suffering from vulvar pain, but these are not at the centre of this analysis.

Keywords: coital pain, vulvar pain, coital imperative, heteronormativity, youth health clinics, expert power