

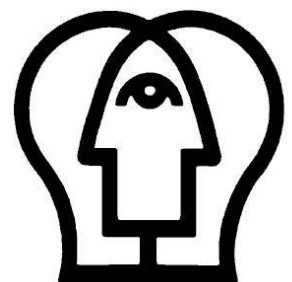
Unga kvinnors upplevelse av att leva med vestibulit.

Tanja Suhinina

Handledare: Hillevi Busch
Examensarbete, 30 hp

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN



UNGA KVINNORS UPPLEVELSE AV ATT LEVA MED VESTIBULIT

Vestibulit är en benämning på smärtor vid slidförgården som ofta framkallas vid beröring. Smärtorna får negativa följder för livskvalitet genom att påverka olika områden i livet. Syftet med denna studie har varit att söka kartlägga följder av vestibulit i den drabbade unga kvinnans liv och hur följderna samverkar med varandra. Åtta kvinnor i åldrarna 20-28 år har blivit intervjuade kring sina erfarenheter av vestibulit, och materialet har analyserats med grundad teori. Resultaten visar att kvinnor med erfarenhet av vestibulit har upplevt att smärtorna har medfört följder på flera områden i livet, som kan delas upp i följande fem huvudområden: 1) sex och relationer, 2) att prata om smärtan, 3) vårderfarenheter, 4) tankar, känslor och självbild 5) vardagsaktiviteter. Vestibulit påverkar livet på flera fronter, något som bör beaktas vid behandling av patienter med vestibulitbesvär.

Definition

Smärtor i underlivet, och smärtor som uppkommer under samlag har beskrivits i hundratals år. Var i underlivet smärtan sitter, när smärtan upplevs och vad som framkallar den kan variera stort. En typ av smärta som har beskrivits redan för etthundra år sedan är lokaliserad till vestibulum vaginae, eller slidförgården. Vestibulum är ett område av icke förhornad slemhinna som inåt avgränsas av mödomskransen och utåt av Harts linje (som skiljer inre och yttre sidan av inre blygdläpparna).

Smärtan har många namn som används i litteraturen – provocerad vulvasmärta, provocerad vestibulodyn, vestibulodyn, vulva vestibulitis eller vestibulit. I nuläget anses den korrekta medicinska termen vara provocerad vestibulodyn, ordet vestibulit antyder inflammation och det har inte påvisats att smärtan beror på en inflammatorisk process. Ordet vestibulit används fortfarande ofta populärt, och även i medicinsk litteratur sammanblandas ofta begreppen vestibulit, vestibulodyn och vulvodyn (det senare r en term för alla vulvasmärter, som även kan omfatta vestibulit). Eftersom vestibulit är ordet som fått störst fäste i vardagspråket i Sverige, och är ordet som kvinnorna i studien själva använder om sina besvär, väljer författaren att använda det.

Symptom och diagnos

Sedan 1980-talet används tre symptomkriterier för vestibulitdiagnos (Friedrich, 1987, refererad i Masheb, Nash, Brondoloc & Kerns, 2000). Då spontan förbättring är vanligt, brukar man kräva att symptomen har hållit i sig sex månader för att diagnos ska kunna ställas.

- (1) Smärta vid beröring av vestibulum eller försök till penetration av slidan;
- (2) Ömmande smärta vid tryck mot vestibulum;
- (3) Observerbara fysiska tecken begränsas till olika grader av hudrodnad.

Det första kriteriet brukar vara det patienterna söker vård för, då de upplever besvär när de exempelvis rider, cyklar, har samlag eller använder tampong. Hur vestibulum reagerar på smärta undersöks genom att vårdpersonalen trycker lätt med en tops på punkter i

slidförgården. Vestibulitdrabbade reagerar på det lätta trycket genom att uppleva att trycket är hårdare än vad det är, eller att uppfatta tryck som smärta (Farage & Galask, 2005).

Prevalens

I och med att vestibulit kliniskt har varit svår att differentialdiagnostisera är det svårt att hitta exakta siffror på hur vanligt förekommande det är. I studierna förekommer uppskattningar på att 4 procent av populationen kvinnor har vestibulit vid en given tidpunkt, och att livstidsprevalensen kan ligga på 15%. Av dem som söker hjälp på kvinnokliniker uppskattas ca 15% ha vestibulit (Farage & Galask, 2005; Masheb, Nash, Brondoloc & Kerns, 2000). Dessa siffror ska dock ses kritiskt, eftersom man i litteraturen ofta sammanblandar olika termer för underlivssmärter.

Sjukdomen drabbar främst yngre kvinnor. Av kvinnor som fått vestibulitdiagnos har vita kvinnor varit överrepresenterade jämfört med kvinnor av andra etniciteter. Det föreslås att det kan finnas två distinkta former av vestibulit – vestibulit som ”alltid” funnits där och upptäcks vanligen vid samlagsdebuten, samt vestibulit som utvecklas senare under livet, men det finns inga siffror på hur stora grupperna är (Masheb, Nash, Brondoloc & Kerns, 2000).

Etiologi och komorbiditet

Vad som orsakar vestibulit är omtvistat, och det tycks vara så att vestibulit inte är ett eget syndrom, utan ett smärtsymptom som kan orsakas av olika faktorer. Den ledande teorin är att smärtan är utlöst neurogent. Enligt den uppfattningen beror smärtan på att någonting (antagligen en långvarig inflammation) har fått nerverna i slidförgången att bli överkänsliga. Nerverna som normalt reagerar genom att signalera beröring signalerar istället smärta, som varar även en tid efter att stimulansen av området avslutats. (Farage & Galask, 2005)

Det finns indikatorer på att dessa förändringar i vestibulens innervation kan utlösas av långvariga inflammationer i området, och att nervförändringarna består även om inflammationen i sig inte längre är aktiv. Kvinnor med vulvodyni rapporterar i större grad än friska kontroller att de har erfarenhet av underlivsinfektioner såsom upprepade urinvägsinfektioner och svampinfektioner (Arnold, Bachman, Kelly, Rosen & Rhoads, 2006; Farage & Galask, 2005) eller bakteriell vaginos (Edgardh & Abdelnoor, 2007). Värt att notera är dock att självrapporterade svampinfektioner i själva verket kan vara tidiga symptom på vestibulit. Klåda utan fysiologisk orsak föranleder ofta vestibulitsmärter, och kan misstas för svampinfektion av såväl kvinnan som vården (Engman, 2007; Ponte, Klemperer, Sahay & Chren, 2009). Det finns fog att misstänka att p-piller kan utgöra en risk för att utveckla vestibulit, men sambandet stöds inte av all forskning. Att man inte har fött barn utgör en riskfaktor, även om man kontrollerar för ålder (Edgardh & Abdelnoor, 2007).

Psykiska komponenter kan vara såväl utlösande som vidmakthållande för vestibulit. Forskningen har funnit vissa psykologiska faktorer som skiljer personer med vestibulit från personer utan vulvasmärter, eller med annan typ av vulvasmärter. Kvinnor som har varit utsatta för sexuellt våld och misshandel är överrepresenterade bland vestibulitdrabbade jämfört med normalbefolkningen (Hellström, 2010). Personer med vestibulit har oftare en historia av depressions- och orosproblematik (Ponte, Klemperer, Sahay & Chren, 2009), samt tendenser att se negativt på framtiden. Personer med vestibulit har också i högre grad visat sig

ha ”harm avoidance”-personligheter, det vill säga att de tenderar att undvika aktiviteter om det finns en risk för att de leder till negativa upplevelser (Danielsson, Eisemann, Sjöberg & Wikman, 2001). Alla studier lider dock av bristen att det inte finns några mätningar före vestibuliten debuterade, och kvinnans depressions-, ångest- eller undvikandeproblematik kan i själva verket vara en följd av sjukdomen.

Kvinnor som lider av vestibulit visar på en tendens till somatisering (Danielsson, Eisemann, Sjöberg, Wikman, 2001), och lider oftare än personer utan vestibulit av andra svårförklarade somatiska tillstånd, som fibromyalgi och Irritable Bowel Syndrome (Arnold, Bachman, Kelly, Rosen, Rhoads, 2006). Det finns också stöd för att kvinnor som lider av vestibulit har överspända slidmuskler, sannolikt som följd av den naturliga reflexen att spänna sig vid smärtsamt försök till inträngning i slidan. Denna spänning kan förvärra symptomen och även hålla sig kvar som inlärd reflex när de ursprungliga smärtorna i slidförgården inte längre är störande i sig (Engman, 2007).

Behandlingar

I nuläget finns flera behandlingsmetoder som med framgång används med vestibulit. Att jämföra dem kan dock bli svårt, eftersom man använder olika kriterier på vad lyckad behandling innebär – det är sällan kriterierna är fullständig frihet från symptom. Det blir således svårt att jämföra olika behandlingars effektivitet, inte minst på sikt. Det finns inte heller någon enda behandling som man kan rekommendera till en vestibulitdrabbad, utan man rekommenderas att prova fram sig, och börja med behandlingar som inte utgör ingrepp i kroppen (Ventolini, 2011).

Den mest radikala behandlingen mot vestibulit är ett kirurgiskt ingrepp där man tar bort det överkänsliga området, eller ett motsvarande mindre ingrepp där man använder laser. Dessa ingrepp har använts en lång tid och det finns gott stöd för att de är en effektiv behandlingsmetod, över 60% av de behandlade upplever stor förbättring. Dock är dessa ingrepp irreversibla och långsiktiga följder är inte tillräckligt utforskade, varför operation rekommenderas först när andra behandlingar inte har fungerat (Ventolini, 2011).

Symptomen för vestibulit kan mildras med lokala salvor, eller med tricykliska antidepressanter som i låg dos främst påverkar smärtuppfattningen. Då vestibulitsmärta ofta är förknippade med överspända slidmuskler används biofeedback (där kvinnan lär sig kontrollera slidmuskulaturen och slappna av) framgångsrikt i behandling av vestibulit (Farage & Galask, 2005).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) används med framgång i behandling av kroniska smärtor, som nack- och ryggsmärtor. Effekterna tycks mest visa sig i områden som psykiska funktioner, smärta, kroppsliga funktioner och medicinförbrukning. Dock lider stora delar av forskningen av brister som gör att man i nuläget inte kan uttala sig om exakt vilka element i KBT-behandling som fungerar på smärtpatienter (Linton, 2001). KBT har även visat sig vara en effektiv behandling vid vestibulit, möjligen lika effektiv som kirurgiskt ingrepp (Engman 2009; Ventolini, 2011).

Påverkan av vestibulit på livskvalitén

I en studie (Ponte, Klemperer, Sahay & Chren, 2009) jämförde man kvinnor med vulvodyni med dels kvinnor med andra vulvabesvär och dels med kvinnor med hudsjukdomar. Kvinnor med vulvabesvär visade generellt lägre livskvalitet än kvinnor med hudbesvär, och specifikt kvinnor med vulvodyni hade särskilt låga värden i funktionsdomänen av livskvaliteten. Kvinnor med vulvodyni var mer frustrerade, arga och deprimerade i samband med sjukdomen än kvinnor med andra vulvabesvär. Kvinnor som led av vulvodyni rapporterade i större grad än kvinnor med andra vulvabesvär att sjukdomen påverkade deras liv negativt. Faktorerna som lyftes fram var främst relationella – sjukdomen påverkade möjligheten att vara nära dem man älskar, att visa ömhet och att ha ett fungerande sexliv. Kvinnor med vulvodyni kände sig oftare ensamma och oroade sig oftare för att de inte kunna träffa en partner, samt att sjukdomen skulle hålla i sig. Utöver svårigheter i kärleks- och sexuella relationer rapporterar kvinnor med vulvodyni i högre grad än kvinnor med andra vulvabesvär att deras tillstånd innebär svårigheter med arbete och fritidsintressen. Särskild nedsättning i livskvalitet har rapporterats av vulvodynidrabbade kvinnor som även rapporterar tidigare historia av depression. Värt att notera är att dessa jämförelser gjordes med kvinnor som lider av andra vulvabesvär än vulvodyni. Skillnaderna torde öka ytterligare om kvinnor med vulvodyni jämförs med kvinnor som inte lider av gynekologiska besvär.

Ponte et al. (Ponte, Klemperer, Sahay & Chren, 2009) menar att även om man vet att vulvasmärter påverkar ens livskvalitet på flera områden finns det ingen starkt forskningsbaserad modell av exakt hur denna påverkan ser ut och hur de olika faktorerna samverkar med varandra. Eftersom erfarenheterna skiljer sig brett kvinnor emellan kan endast en väldigt generell modell tas fram, och vidare forskning skulle behövas för att på bästa sätt gruppera olika områden i livet som påverkas och hur dessa påverkar varandra .

Påverkan av vestibulit på självbilden som kvinna och partner

I vårt samhälle förväntas en kvinna kunna genomföra samlag. Vaginala samlag uppfattas som den underförstådda normala formen av sex som ett heterosexuellt par ska ägna sig åt. När penetrationssex försvåras eller omöjliggörs av smärtor kan man uppleva att man inte längre är en ”riktig kvinna” eller en bra partner.

Tidigare forskning (Marriott & Thompson, 2008) pekar på att sexualiteten och relationerna påverkas kraftigt av vestibulit, och dessa domäner är ofta centrala orosområden hos vestibulitdrabbade kvinnor. Kvinnor rapporterar att de känner en press på att ha penetrationssex, såväl från partners som från sig själva. Även om partnern inte behandlar frånvaron av vaginala samlag som ett problem upplever många kvinnor att manliga partners ”ska” vilja ha sex (underförstått - vaginala samlag), och ”ska” även lida om de inte får det. Kvinnor med vestibulit oroar sig för att ses som icke tillmötesgående om de inte ger sina manliga partners vaginala samlag, och oroar sig över att ingen kommer vilja ha en kvinna som inte kan ge vaginala samlag. Kvinnor med vulvasmärter kan oroa sig över konsekvenserna för partnern och försöka anpassa sexlivet med partnerns tillfredsställelse i åtanke .

Oförmågan att genomföra ett samlag och ha ”riktigt” sex leder för en del kvinnor till att undvika situationer som kan leda till sex eller till en punkt då man måste ta upp smärtorna eller stå ut med smärta – sådana situationer kan vara fysisk närhet av alla slag, eller sexuellt

laddade samtal. Kvinnor kan känna sig onormala, inte som ”riktiga” kvinnor, och förlusten av förmågan att prestera vaginalt samlag förknippas med förlust av kvinnligheten. Kvinnor med vulvasmärtdor kan förlora sitt sexuella självförtroende och ha svårt att sammanfoga sitt liv med bilden av den moderna kvinnan som tar för sig sexuellt. (Ayling & Ussher, 2008; Marriott & Thompson, 2008)

Påverkan på vardagen

Kvinnor med såväl provocerade som spontana vulvasmärtdor rapporterar ofta liknande sätt att hantera smärtorna på. Kvinnorna rapporterar bland annat att de har bytt tvättmedel, att de inte längre cyklar, att de inte använder byxor, samt att de måste vara försiktiga i sitt val av underkläder. (Marriott & Thompson, 2008). Smärtdor vid insättning av tampong är ett av de vanligast beskrivna symptom på vestibulit, och många behöver således ändra mensskydd (Marriott & Thompson, 2008). Foster et al. (Foster, Kotok, Huang, Watts & Oakes, 2009) föreslår ett ”tampongtest” för att mäta positiva resultat i behandling av vestibulit. Förmågan att sätta in en tampong är ett enkelt och verklighetsnära mått på framsteg som korrelerar väl med andra sätt att konstatera lyckad vestibulitbehandling.

Vårdens bemötande

I en studie av Marriott & Thompson (2008) redovisas vestibulitdrabbade kvinnors erfarenheter av vården. Det är vanligt att kvinnorna har erfarenhet av svårigheter att bli trodda, feldiagnostisering och råd som visade att vårdpersonalen inte tog problemet kvinnan rapporterade på allvar. Kvinnorna reagerade generellt negativt när vården inte kunde hitta några fysiska orsaker till smärtan. Kvinnorna befarade att om problemen endast var psykiska skulle de inte gå och behandla. Dessutom befarade de att vården inte skulle ta dem på allvar som patienter, eftersom de kunde ses som galna.

Renault, Howell, Robinson & Greer (2011) har genomfört en intervjustudie om hemofili A med vårdpersonal, kvinnliga patienter, samt mammor till sjuka barn. Hemofili A är en typ av blödarsjuka som ger starkast symptom hos män, och svagare hos kvinnor. Kvinnor symptom kommer ofta fram i samband med menstruation och förlossningar. Resultat i studien pekar på att övervägande delen av vårderfarenheter hos kvinnor som söker vård för sig själva och sina barn är negativ. Patienterna upplevde att deras symptom inte togs på allvar och att de inte blivit trodda, vilket har lett till att de inte har fått vården de har behövt. En dryg fjärdedel av reaktionerna var att försöka påverka vården att utföra vidare utredning, och ytterligare en dryg fjärdedel var att engagera sig i att hjälpa andra med samma sjukdom. Dock har en fjärdedel av reaktionerna varit mindre konstruktiva – informanterna hade undvikit läkarbesök, självmedicinerat och förlikat sig med att inte få vård.

Artikelförfattarna föreslår flera förklaringar till varför vården inte har bemött kvinnorna väl. En möjlig anledning är att blödarsjuka är en sjukdom som såväl allmänheten som vårdpersonal förknippar med män. Hemofili A hos kvinnor var ett tillstånd vården saknade kunskap om. En annan möjlig anledning är att symptomen kom oftast i sammanhang förknippade med kvinnohälsa – det kunde göra att vissa läkare nonchalerade symptomen, och att både patienterna och läkarna hade svårt att ta upp ämnet. Eftersom vårderfarenheterna i är förknippade med kvinnohälsa och en diagnos som många inte känner till gör Renaults et al. studie relevant även för vestibulitdrabbade.

Sammanfattning

Vestibulit är en term för smärtor som uppstår vid beröring av slidförgården. För att diagnosen ska vara uppfylld ska smärtor inte ha en fysiologisk förklaring. Den ledande hypotesen i hur smärtorna uppstår är att nerverna i området har efter återkommande infektioner blivit överkänsliga. Smärtorna behandlas framför allt med operation, biofeedback, bedövningsmedel och KBT. Det finns ingen enda behandling man kan rekommendera alla, men de vanligaste behandlingarna mildrar symptomen avsevärt hos de flesta drabbade.

Vestibulit påverkar den drabbade kvinnans liv på många sätt. Det område som det finns mest information om är vestibulitens påverkan på sexuella- och kärleksrelationer. Det finns även forskning som visar att vestibulit påverkar kvinnans psykiska mående, arbete, val av kläder och val av mensskydd. Dessutom finns det stöd för att vestibulitdrabbade kvinnor har negativa upplevelser av vården.

Syfte

Syftet med denna studie var att söka få fram en helhetsbild av hur unga kvinnors liv påverkas av vestibuliten. Studien utgångspunkt var att vestibulit påverkar kvinnans liv inom flera olika områden. Följderna antogs kunna vara såväl direkta som indirekta, och kunna påverka varandra.

Metod

Rekrytering och deltagare

Informanter rekryterades genom en annons på vestibulit.com, en annons på författarens blogg (länken spreds på Facebook och Twitter), samt genom att informanter som intervjuades uppmanades att berätta om studien för sina bekanta som skulle kunna tänka sig delta. Vestibulit.com är en amatördriven webbsida som utgör en samlingspunkt för personer med erfarenhet eller intresse av vestibulit. Sidan erbjuder ett forum, information och intervjuer med experter, samt möjlighet att söka personer för studier.

Inklusionskriterierna för studien var erfarenhet av vestibulit (med eller utan diagnos) samt möjlighet att genomföra intervjun i Stockholmsområdet. För personer som inte hade fått läkar diagnos användes följande kriterier: kvinnan ska under en period över sex månader ha erfarenhet av smärta i yttre delen av vaginan och vulvan vid beröring, utan att det finns en uppenbar fysiologisk förklaring till smärtorna. Totalt visade 14 personer intresse för att delta i studien. Samtliga fick genom e-post svara på några frågor om bakgrundsvariabler, vestibulithistoria och ifall de hade möjlighet att mötas i Stockholm. Intervjuer genomfördes med de åtta personerna som uppfyllde kraven på symptom eller diagnos, och hade möjlighet att träffa författaren. Den yngsta deltagaren var 20 och den äldsta 28. Alla utom två hade fast partner vid intervjutillfället. Fem studerade, två arbetade heltid och en var sjukskriven (av annan anledning än vestibuliten). Fem av personerna upptäckte smärtorna vid samlagsdebuten. En av personerna upptäckte smärtorna innan samlagsdebuten, och två personer utvecklade besvär efter samlagsdebuten. Åldrarna vid debuten varierade mellan tolv och 26 år. Tre har fått vestibulitdiagnos och behandling mot vestibulit. En har fått diagnos, dock ingen behandling riktad mot vestibuliten. Tre hade fått behandling, men inte formell

diagnos av läkare, däremot av exempelvis barnmorska. En hade varken fått diagnos eller behandling. Samtliga informanter utom en rapporterade att besvären nu var mindre jämfört med när sjukdomen upplevdes som värst, dock hade majoriteten fortfarande besvär som begränsar dem i livet. Varaktigheten på symptomen mellan debuten och att kvinnan sett att symptomen har minskat betydligt varierade i den här gruppen mellan två till tolv år.

De som uppvisade minst komplicerad symptombild hade enbart haft smärtor i slidförgården, medan de med mer grava besvär hade smärta såväl i slidan som i vulvan. Var smärtan manifesterade sig påverkade också vad som framkallade smärta och vilka aktiviteter som påverkades. Personer vars smärtsbesvär endast var förlagda till vestibulum rapporterade smärta i samband med penetration, vid samlag vanligast i början och efter samlaget. Smärta uppstod även vid användning av tampong. Om smärta endast var kopplad till penetration uppstod den inte spontant, utan endast som reaktion på beröring. Om smärtor kändes även i vulvan uppstod de även vid andra former av sex än vaginala samlag. Utöver det kan smärtor uppstå när kvinnan cyklar, rider eller har kläder som gnids mot underlivet. Även spontana smärtor utan uppenbar anledning rapporterade av de informanterna som hade mer kraftiga symptom. Symptomen beskrevs som en svidande, brännande smärta. Som mest intensivt kunde den vara så pass stark att informanten grät av den. Oftast var smärtan dock inte särskilt intensiv, däremot ihållande. De av informanterna som hade svårast problem har haft smärtor nästintill konstant i årtal. Informanter som enbart fick smärtor av penetration kunde ha ont i flera timmar och uppemot två veckor efter ett penetrerande samlag.

Datinsamling och bearbetning

Informationen samlades in genom intervjuer med stöd av intervjuguide som innehöll områden i livet som kunde tänkas påverkas av vestibuliten. Intervjuerna spelades in och transkriberades för vidare analys. Analysen skedde med grundad teori med hjälp av programmet Open Code.

Grundad teori är en metod som är skapad för att ur ett material kunna få fram nya teorier och modeller (Gustavsson, 1998; Guvå & Hylander, 2003). Forskaren ska gå in i arbetet utan förutfattade meningar, och förförståelsen ska göras explicit för att i så stort mån som möjligt kunna åsidosättas. Analysen påbörjas samtidigt med materialinsamlingen och den insamlade informationen används som grund för val av ytterligare informanter, förändringar i intervjuguiden och justeringar i inriktningen på studien. Man bestämmer inte på förhand hur många informanter ska tas n, utan informationssamlingen pågår tills nya informanter inte ger någon ny förståelse, så kallad mättnad. I denna studie hade författaren förförståelse för ämnet på grund av intresse för sexologi och egna erfarenheter av underlivssmärta. Författaren skrev därför på förhand upp en text om förkunskaper och förväntningar för att under analysen och intervjuerna kunna vara mera medveten om förförståelsens påverkan på tolkningen. Författaren fick av praktiska skäl frånga principen att handplocka informanter allt eftersom, utan fick begränsa sig till de åtta personerna som uppfyllde urvalskriterierna. Detta ledde till att studien begränsades till endast unga kvinnor, dock uppnåddes informationsmättnad för den gruppen. Under intervjuerna användes en guide med stödord som täckte områden som kunde tänkas bli påverkade av vestibulit – exempelvis ”sex- och relationer”, ”psykiskt och fysiskt mående” och ”skola och arbete”. När nya teman kom upp i intervjuer antecknades de och togs med i intervjuguiden till kommande intervjuer.

Bearbetning av material i grundad teori syftar till att hitta centrala begrepp i informationer som sedan kan struktureras upp till en helhet på ett sätt som återspeglar fenomenet bäst. Det innebär att man arbetar såväl med att ta fram centrala begrepp som relationer mellan dessa. Praktiskt genomförs det att man i början av arbetet tillskriver koder mycket tätt, kanske för varje rad, för att så småningom observera vilka koder som är centrala i informationen och koncentrera sig på att koda dem, gruppera dem i begrepp och studera relationerna mellan begreppen. I denna uppsats har kodningen i begrepp skett genom att transkriptionerna fördes in i programmet Open Code som är skapad just för kodning inom grundad teori. Transkriptionerna kodades från början tätt, under arbetets gång framträdde de centrala begreppen och relationer mellan dem allt mer tydligt, och mot slutet av processen tillkom inga nya koder, vilket är ett tecken på informationsmättnad.

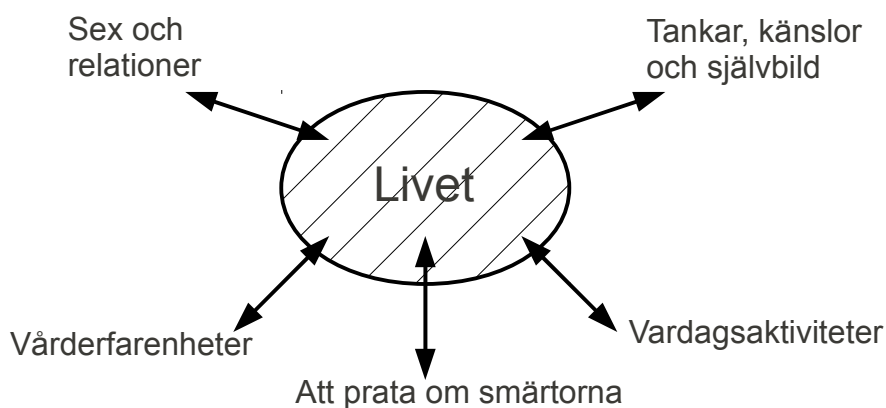
Etiska överväganden

Under studiens genomförande har författaren följt forskningsetiska principer för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 2002). Informanterna har fått information om studiens utformning och syfte och varje intervju inleddes med information om vad medverkande innebär, samt inhämtande av samtycke. Informationen har behandlats konfidentiellt och har inte använts i andra sammanhang än studien. Vidare tillfrågades samtliga medverkande om de ville få en kopia av uppsatsen när den var färdig, och fick även möjlighet att läsa resultatdelen under uppsatsarbetets gång för att kunna ge synpunkter.

Erfarenheter av underlivssmärter kan vara ett psykiskt påfrestande ämne att tala om. Eftersom smärtorna har en psykiskt komponent skulle stressen i situationen och samtalsfokus på underlivssmärterna kunna framkalla smärta. Därför har författaren strävat efter att vara förberedd på möjligheten att informanten behöver stöd efter intervjun. Alla intervjudeltagare tillfrågades om de har någon de kan prata med om intervjun väcker svåra känslor, vilket alla intervjupersonerna hade. Dessutom hade författaren telefonnummer till psykiatrisk och gynekologisk akutmottagning till hands. Dessa åtgärder har dock inte behövt tillämpas.

Författaren är aktiv som skribent på internet, bland annat i sin blogg där hon har skrivit om underlivsproblem, såväl om egna erfarenheter som information och debattinlägg. Då bloggen hade använts i rekryteringen var det sannolikt att informanterna kände till författarens utgångspunkter på förhand. I början av varje intervju tillfrågades därför informanten om hon kände till författarens verksamhet på internet och läst författarens texter om underlivssmärter. I de fallen informanten svarade ja poängterades det att intervjun nu handlade om just deras erfarenheter och de skulle försöka bortse från deras förkunskaper om författaren. Författaren tog inte heller upp egna erfarenheter under intervjuerna.

Resultat



Figur 1. En förenklad grafisk presentation av resultaten

Sätten som vestibuliten påverkade informanternas liv på har kunnat sammanfattas i fem rubriker, som i sin tur har underrubriker. Som figur 1 illustrerar påverkar alla fem faktorerna livet. Denna påverkan är inte enkelriktad, utan faktorerna påverkas även av varandra.

Sex och relationer

Sex är det området i livet som påverkas både oftast och mest av vestibuliten. Inte minst har alla informanterna utom en upptäckt smärtan när de fick ont under samlag. När smärtan upptäcktes i samband med penetrationssamlagsdebuten sågs den som smärta som informanterna väntade sig kunde uppstå när man "förlorade oskulden". Det finns olika strategier för att hantera smärtorna vid penetrationssex. Informanterna har både fortsatt trots smärta, börjat ha sex som inte innefattar penetration, eller slutat helt med sexuella aktiviteter med partner.

"Det gjorde så ont att jag kved. Men då tänkte vi 'det var första gången!'"

Sex som gör ont

Att fortsätta ha sex trots smärta har varit alla informanternas första reaktion. Vanligtvis har dock informanterna på sikt fått så pass förvärrade symptom att de antingen sluta ha sex helt, eller började välja sexuella praktiker som inte ledde till smärta. Att man fortsätter ha sex trots smärta kan ha olika orsaker, som är kopplade till att kvinnan vill undvika de negativa konsekvenserna av att tala om smärtan när den uppstår under en sexakt. Dessa kommer närmare behandlas under rubriken "Att prata om smärtan".

"Men ibland blir det så att killen blir helt 'nämen shit shit shit!' och så vågar man inte... det kanske man inte heller vill [säga till att det gör ont] för det gör inte så ont, så man kanske hellre biter ihop."

Sex utan smärta

De flesta har åtminstone under en period ägnat sig åt sexuella aktiviteter som inte innefattat slidan överhuvudtaget, såsom smeksex, oralsex och analsex. För en av informanterna innebar

det att hon kände sig tvingad att utföra sex på ett sätt hon inte var bekväm med psykiskt, för att kompensera för att hennes partner inte fick penetrationssamlag. Att fortsätta ha sex utan smärta har för de flesta inneburit mycket aktiv kommunikation och sexuellt utforskande. Flera rapporterar att även om det går att ha sex på sätt som känns tillfredställande, är det fortfarande beklämmande att sexet inte längre känns spontant utan måste förberedas, planeras och pratas genom.

Det är dock här som analysen visat flest positiva konsekvenser av vestibuliten. Kvinnor rapporterar att i och med att de inte kunde ha sex som vanligt tvingades de att bli mer experimenterande och initiativtagande i sexet. En kvinna rapporterar att efter att hon och hennes partner slutade med penetrerande samlag började hon få orgasmer med honom, eftersom de hade mer klitoriscentrerat sex.

”Men då blev det lättare för mig att slappna av i att bli slickad eller ha andra typer av sex. Det ledde till, det kunde ju varit en vanesak också, att jag började kunna få orgasm med min partner, vilket jag inte fick innan. Vilket förmodligen var för att jag blev mindre 'men jusste, nu måste vi snart...' liksom.”

Att avstå från sex

Att välja bort sex helt har varit en strategi som informanterna använde sig av under perioderna de saknade fast partner. Med att avstå från sex menas att avstå från såväl sexuella aktiviteter när tillfället uppkommer som att inte söka nya sexpartners. Tankarna kring detta har varierat. För en person innebar samlag i princip alltid smärta i en period efteråt, vilket ledde till att hon hellre avstod från sex. En annan kvinna uttryckte snarare oro över vad som skulle kunna hända nästa gång hon hade sex, och kände därför motstånd inför att träffa en ny partner och prova. Flera rapporterar att de på grund av vestibuliten har flörtat och dejtat mindre än de velat. Anledningarna har varit olika. En del personer kände att det främst var eftersom de kände sig okvinnliga, otillräckliga, och i förlängningen oattraktiva. Andra rapporterar om förväntningar som finns på att man närmar varandra i olika steg för att avsluta med samlag, och eftersom de önskade undvika de senare stegen undvek man att inleda händelsekedjan.

”De har påverkat väldigt mycket i och med att man kopplar ju ihop att först flörtar man, sen kramas man, sen hånglar man, sen ligger man med varann, typ. Och då sattes det en spärr, så ett tag ville jag inte ens flörta.”

Vanligt sex

Vaginala samlag har haft en central roll i hur informanterna tänkte på sex vid vestibulitens debut. Att kunna ha vaginala samlag var viktigt, och att inte kunna det upplevdes som problematiskt. Informanterna valde att ha sådant sex - trots att det gjorde ont, krävde mycket förberedelse och rätt teknik, eller krävde bedövningssalva - framför att avstå från sådant sex. För många av informanterna har ett av stegen i tillfrisknande varit att omvärdera sin syn på sexualitet på så sätt att vaginala samlag inte längre sågs som det viktigaste sättet att ha sex på. Att vaginala penetrationssamlag fortfarande spelade viktigt roll framkom dock av att förmågan att genomföra sådana framställdes som ett tecken på att man var frisk. Informanterna refererade också spontant till samlag med penis i vagina som ”normalt sex”, ”vanligt sex” och ”sex”.

”Den nya snubben jag träffade hade full förståelse för allt sånt där, han hade väldigt konstig bild av sex överhuvudtaget. Han tyckte inte man behövde ha samlag för att ha sex, så det passade mig alldeles utmärkt.”

Lust till sex

Samtliga informanter rapporterade att de under perioder med smärta hade sex mer sällan jämfört med tiden innan sjukdomens debut eller med hur ofta de trodde de skulle haft sex om de inte hade vestibulit. Hur själva lusten har sett ut varierade. Vissa upplevde att sex inte var aktuellt överhuvudtaget när symptomen var som värst, vilket omfattar även onani. Andra rapporterade att de ofta kände lust till samlag och var upphetsade i början av samlaget, för att sedan tappa lusten när sexet blev smärtsamt. Ytterligare en reaktion var att man visserligen kände lust till sex, men samtidigt inte kände lusten till att faktiskt ha sex. Även om man var upphetsad i kroppen upplevde man en spärr till att initiera ett sexuellt möte.

”Ett tag var nog också den faktiska lusten också mindre, men nu, nu är det inte lusten, lusten finns där, men det finns en mental spärr till att gå hela vägen. Istället för att inte ha lust springer man runt och är kåt, men känner inte att man riktigt kan ha sex.”

Relationer

Relationer är tätt förknippade med sex och därför också ett område som påverkas av vestibulit. En farhåga vestibulitdrabbade personer kan ha är att de inte kommer kunna få en partner, men generellt tycks partners reagera väl. Majoriteten av informanterna upptäckte smärtorna när de var i fast förhållande, och har även haft andra fasta relationer under perioder med smärta. Ingen av informanterna har berättat om relationer som avslutats på grund av vestibuliten. Informanterna talar om sina partners i varma ordalag i relation till vestibuliten och hur väl partnern kunde hantera att paret fick anpassa sitt sexliv efter den drabbades smärta. Som kommentar till detta är det intressant att lyfta fram ett uttalande från en informant som tyckte att en av de mest irriterande följderna av vestibuliten var att hennes omgivning berömde hennes partner för att han stannade ihop med henne efter att hon fick diagnos. Informanten tyckte det speglade en obehaglig syn på män och relationer.

När det gäller tillfälliga sexuella partners har rapporterna varit mer varierade. Den absoluta majoriteten anpassar sig gärna efter den drabbade kvinnans önskemål, men det har även förekommit några rapporter om tillfälliga partners som inte tog kvinnans smärta på allvar. En av informanterna säger att detta har påverkat hennes syn på män, eftersom hon inte hade sett den sidan av partnern om hon varit problemfri. Några av informanterna har haft kvinnliga partners. En av informanterna berättar att kvinnliga partners är bättre på att ta hänsyn till smärtorna, medan en annans erfarenhet är att partners som själva haft liknande problem är bättre på att hantera ett ömmande underliv, medan problemfria kvinnor hanterar situationen lika som män.

”Jag känner mig som dålig kvinna som inte ens kan ha samlag med min pojkvän. Han förklarar att han förstår fullt ut. Han bara 'så länge du mår bra och inte gör illa dig är det bra'. Jag bara 'jag har verkligen mött drömkillen'.”

Att prata om smärtan

Vestibulit påverkar ens underliv, vilket är ett område det kan vara svårt att tala om med människor – såväl för att man själv tycker det är obekvämt som för att personerna man talar med kan tycka det är obekvämt. Det spelar dessutom roll vilka man talar med.

Det anses opassande att tala om underlivet

De flesta informanterna ansåg att de hade lätt för att prata om sina problem. Dock var problemen olika svåra att ta upp beroende på vem man pratade med. Informanterna hade relativt lätt för att prata med vänner och sexpartners, och svårare för föräldrar, lärare och ytliga bekanta.

Det dröjde flera år för vissa att berätta om besvären för sina föräldrar, bland annat för informanterna som fick symptom i väldigt ung ålder. Ingen informant rapporterade att hon upplevde det som ett problem. När informanterna pratade med föräldrar vände de sig i första hand till mamman och de flesta hade inget intresse av att prata om vestibulit med sin pappa. Att berätta för lärare, klasskamrater och andra personer man inte känner så väl kunde upplevas som problematiskt. En anledning var att informanterna kände sig obekväma med att prata om sitt underliv med vuxna. En annan anledning var att informanterna antog att samtalspartnern förmodligen skulle vara obekvämd med samtalsämnet, och informanten ville undvika en socialt obekvämd situation. Informanterna uppvisade också frustration över att behöva smussa med sin smärta, eftersom den är förlagd till just underlivet.

”På friluftsdagar och så... jag hade huvudvärk, mensvärk, alltingvärk du kan komma på som inte hade med vestibulit att göra, bara för att slippa berätta.”

”Det har fortfarande varit konstigt, vadfan ska jag säga till dem? Vad jag än säger kommer det låta knas om det handlar om den biten. Det är ingenting man vill skrika ut högt inför hundra pers in en aula heller. 'JAG HAR ONT I FITTAN! Jag måste sitta såhär!'.”

Den drabbade kvinnan saknade namn på och förklaring till smärtan

Flera informanter rapporterade att en central anledning till varför smärtorna var svåra att tala om var att de inte visste vad sjukdomen hette och vad som hade orsakat den. Det gjorde det svårare att hitta ord och kommunicera med andra om sina besvär. Att berätta om smärtorna för en sexpartner kunde exempelvis i det läget vara svårt eftersom informanterna inte kunde lova att det inte rörde sig om en könssjukdom eller att tillståndet inte smittade. Att veta vad diagnosen heter innebar för många en lättnad. Det blev enklare att hitta information och komma i kontakt med andra drabbade.

”Jag ville känna av att relationen var stabil innan man skulle liksom 'nämen jag har ont, jag vet inte vad det är'.”

Vestibulit är inget populärt känt begrepp

Att vestibulit är ett relativt okänt tillstånd påverkade kommunikationen på flera sätt. Det var vanligt bland intervjupersonerna att prata om tillståndet för att sprida kunskap till vänner och i media. Samtidigt innebar det att dessa personer ofta fick frågor om vestibulit som kunde uppfattas som tröttsamma och ingenting personen ville tala om för just då. Att allmänheten inte kände till tillståndet kunde även leda till att personen inte blev tagen på allvar eller trodd.

De informanterna som hade besvär i grundskoleåldern fick svårigheter i skolan på grund av att deras sjukdom var allmänt okänt. De behövde ibland avvika från aktiviteter för att de inte klarade av att delta på grund av smärtorna, och de fick använda undanflykter som att de hade ryggont, huvudvärk eller mensvärk. Att mensvärk är med på listan tyder på att undanflykterna inte enbart handlar om att det är svårt att prata underliv med lärare. Som en av informanterna påpekade vet alla vad mensvärk är, medan hon riskerade att bli misstrodd och inte tagen på allvar om hon hade sagt att hon hade vestibulit.

I intervjuerna framkom att deltagarna har lidit av bristande kunskap och information om vestibulit. Flera av informanterna har uttryckt entusiasm för den här uppsatsen eftersom de anser att det är viktigt att tillståndet utforskas och kunskapen sprids, och de deltar för att hjälpa andra drabbade kvinnor genom att dela sina erfarenheter. Deltagarna har förutom denna studie engagerat sig i andra projekt som syftar till att sprida kunskap om vestibulit, som att delta i inslag i media, göra egna skolprojekt och blogga. Även i privatlivet pratade många om sina besvär i uttalat syfte att upplysa om diagnosen och behandlingar som finns. Ofta gick det inte att bara nämna vestibulit och gå vidare i samtalet, utan samtalet blev istället till en frågestund om sjukdomen. När det var önskat uppfattades det som ett bra tillfälle att sprida kunskap. När det var oönskat kände informanterna att de fick väl närgångna frågor och det blev mycket fokus på dem och deras erfarenheter av underlivssmärta.

”Folks med Crohns och cancer, de har också sina problem och sina smärtor och håller sig borta när de har ont, men de har ju haft lättare att lägga fram sin anledning. Det är ju sjukdomar som man vet om.”

Sexpartners

Valet vad man ska berätta för sin partner samspelade tydligt med om denna partner är tillfällig eller om det är någon man vill ha upprepade sexuella kontakter med. I fall med längre relationer var det en självklarhet att berätta, det gick enkelt att berätta och partners tog det väl. Med tillfälliga sexuella kontakter var bilden mer splittrad. Generellt berättade informanterna inte om diagnosen för tillfälliga partners, även om de själva kände till den. Istället berättade informanterna att de kunde få ont och uppmanade partnern att ta det försiktigt och vara lyhörd. Att informanterna valde att inte berätta om vestibulit berodde ofta på att de inte ville i en sexuell situation pausa för att svara på frågor om tillståndet. En annan anledning är att informanterna kände att den typen av information var för privat för att bekvämt delas med någon de inte kände så väl.

En annan vanlig strategi var att helt låta bli att berätta om smärtan, utan istället styra sexet i rätt riktning på andra sätt, eller härda ut smärtan. Informanterna var oroliga för hur partnern skulle reagera på ”det gör ont” och farhågorna kan delas upp i två kategorier. Den ena var att oroa sig för att partnern inte skulle bry sig och fortsätta fast man sade att det gjorde ont. I verkligheten reagerade vissa partners så, men det var sällsynt. Den andra var att partnern skulle bli överdrivet orolig och avbryta all sexuell aktivitet, eller få skuld känslor för att han eller hon gjorde informanten illa.

”Alltså, det är klart att precis när man säger det, särskilt om folk är lite fulla och man säger 'nejnej det här går inte' så kan folk bli väldigt 'mennggggh' men sen när det går in att det gjort ont blir det mer 'oj nej shit förlåt'. Ibland kan de till och med bli upprörda och ledsna, 'gjorde jag illa dig, oj, förlåt'.”

Vänner

I huvudsak är vestibulitsmärtorna någonting informanterna kan prata om med sina vänner. Eftersom vaginala samlag försvårades för vestibulitdrabbade, och sällan upplevdes som njutningsfulla, hamnade informanterna utanför ramarna för vad för sex en ung kvinna förväntas ägna sig åt. Vissa uppfattade kände sig utanför och samtal om sex med vänner blev ytterligare en påminnelse om att man var onormal, exempelvis när kompisar frågade om man hade sex med killen man flörtade med i helgen. De som tyckte att den typen av samtal var svåra undvek inte att närvara vid sådana samtal, men valde kanske att inte delta i konversationen. Andra såg sådana samtal som ett tillfälle att bredda bilden av sex och berättade om sina erfarenheter.

”Sen är det mycket tjejsnack jag hamnar utanför i. Då kan jag också känna mig sådär 'ja tjejerna, det låter ju jättekul, men själv...!'”

”Okej, nu sitter vi i ett tjejgäng och alla sitter och pratar om sex. Okej, då berättar jag för att vidga den här bilden av hur tjejer i min ålder har sina sexuella liv [...]”

Vårderfarenheter

Att inte bli tagen på allvar

Samtliga informanterna har varit i kontakt med vården. Medan två personer rapporterar uteslutande positiva erfarenheter har resten blandade erfarenheter. De flesta av informanterna hade erfarenheter av att vården inte kände igen symptomen, inte kände vestibulit, gav allmänna råd, och framför allt inte lyssnade. De flesta informanter vände sig i första hand till ungdomsmottagningar och fick där råd att slappna av, vara tillräckligt upphetsade, och vänta på den rätte. De gynekologiska undersökningarna visade ofta inga avvikelser alls, eller lätt rodnad, vilket gjorde det ännu svårare för informanterna att få fram vidden av sina problem. Ofta var det svårt att ta sig vidare till nästa steg och informanterna fick byta vårdgivare flera gånger innan de hittade någon som lyssnade. Många informanter upplevde smärta vid gynundersökning, men den som genomförde undersökningen tog inte hänsyn till smärtan. De flesta av de negativa erfarenheterna rörde sig om att vårdpersonalen inte uppmärksammade patienten tillräckligt, men det fanns även rapporter om personal som ”garvade lite smått” åt en patient som berättade att hon misstänkte att hon hade vestibulit, och i ett fall visade en senare utredning av patientens svåra vestibulit orsakades av komplikationer av svampmedicinering som vården fortsatte föreskriva trots att patienten fick kraftiga biverkningar. Informanterna rapporterade inte sänkt förtroende för sjukvården i stort efter sina erfarenheter, däremot sänkt förtroende för den vårdgruppen de har mött. De flesta informanter har åtminstone vid något tillfälle gett upp hoppet om att få bra vård och lät helt enkelt bli att söka vidare vård för sina problem. En av informanterna berättade att en stor del av kommunikationen mellan vestibulitdrabbade kvinnor på nätet rör sig om att ”dissa vården”. Det dåliga bemötandet var för många en del av deras vestibuliterfarenhet.

”Min tillit, speciellt till gynekologer, är helt borta. Det känns som om de, när de bestämmer att någonting inte stämmer enligt deras bild så finns det inte. Syns det inte så finns det inte. Det har satt mer skräck i mig och jag har känt ångest inför att gå till gynekologer för då vet jag att det kommer göra ont att föra in saker och de kommer bara säga 'det är ingen fara, allt ser bra ut' Och ignorera att jag faktiskt ligger där och lider.”

Diagnos och behandling

Det var ovanligt att insikten om att man hade vestibulit kom från vården, de flesta fick sin första information om sjukdomen från Internet eller media. Som det nämns tidigare var det viktigt för informanterna att få ett ord för att namnge sina besvär. Att få en diagnos även inom vården innebar dock inte enbart en lättnad i hur man ska förhålla sig till sjukdomen, utan även möjlighet till bättre behandling och nya positiva erfarenheter av vården. Trots att många sökte vård kort tid efter att symptomen bröt ut dröjde det oftast flera månader eller år innan de fick diagnos och behandling, och symptomen förvärrades under tiden.

”Det blir ju svårt att förklara någonting man inte har något namn på, för jag visste ju inte vad det var. Men det var inget man pratade om, jag trodde alla hade det mer eller mindre.”

Tankar, känslor och självbild

Flera av informanterna hade sagt att tankarna har varit bland det värsta med att ha vestibulit. Att inte veta varför man har smärtor och när de kommer att upphöra, att inte bli hörd av vården och att känna att man missunnar sin partner sex har många beskrivit som en stor del av problematiken.

Familj och barn

Ett ämne som informanterna oroade sig över var framtida möjligheter till att skaffa familj och få barn. Informanterna oroade sig över att förbli ensamma och aldrig hitta en partner som skulle vilja vara med dem. Oron över barn innefattade oro över att aldrig hitta en partner, oro över att inte kunna ha sex som leder till barn, och oro inför smärtan en förlossning kan innebära. De flesta informanter rapporterade dock att oron över framtida barn låg på ett abstrakt plan i och med att de känt sig för unga för att skaffa barn överhuvudtaget. Den enda informanten som gick i barnatankar kunde genomföra ett vaginalt penetrationssamlag. Hon var dock orolig att det skulle bli svårare att genomföra samlag om hon och partnern bestämde sig för att få barn, eftersom sex för att bli gravid kunde upplevas pressande och göra smärtor svårare. Hon rapporterade att även fast hon nog skulle kunna genomföra ett barnalstrande samlag, skulle hon inte vilja att hennes barn blev till under smärta.

”Ja, jag tänkte väl 'vem vill ha en tjej man inte kan ha sex med?'. Ingen skulle vilja ha det, tänkte jag rätt mycket. Jag funderade på om jag någonsin skulle kunna skaffa barn om det ska göra ont.”

Okvinnlig, onormal, otillräcklig

Ett ämne informanternas tankar kretsade kring var att inte vara normal. Signalerna de uppfattade från samhället om hur en kvinna i deras ålder ska vara har innefattade förmågan att ha vaginala samlag. Att inte kunna ha det ledde till känslor av att inte vara kvinnlig, inte vara tillräckligt och att inte fungera. Även bilden av hur en partner ska vara innefattar att kunna ha ett vanligt sexliv med vaginala samlag. Många kände sig som dåliga flickvänner som förvägrade sin partner någonting. Att informanterna genomförde samlag trots smärta kom oftast inte till av partners önskemål, utan av inre press från kvinnan. En av informanterna berättade att det blev en stor lättnad när hon fick penetrationssexförbud från vården, eftersom

det nu inte var hon som var jobbig, utan läkare som beordrade det. En annan informant rapporterade att hon kände att hon missunnade sina partners sex, och löste det genom att inleda öppna förhållanden där partnern kunde få sex ed andra. Det visade sig att hon trivdes väldigt bra med den typen av relationer, men informanten tyckte samtidigt att det var tråkigt att det var vestibuliten som fick henne in på tankarna.

”Jag stod på Pressbyrån, skulle åka någonstans och köpa en tidning, och jag kollade på tjejtidningarna. På varje tidning stod det 'sex såhär sex såhär sex såhär' och ja ba 'åååh det finns ingenting för mig, jag är ett jävla freak, jag kan inte ens ha sex!'.”

Vardagsaktiviteter

Att sova

De som hade svårare smärtor rapporterade att de hade haft perioder då de hade haft svårt att somna på grund av smärta. En av informanterna använde då en bedövningssalva som bedövade smärtan, men även i längden förvärrade symptomen, för att kunna somna. Flera informanter rapporterade att de haft svårt att somna på grund av alla tankarna som hade gått att styra bort under dagen. Vid sovdags fick oron över smärtorna större utrymme.

Att sitta

De informanter som hade smärtor även utan försök till penetration av slidan berättade att de i perioder hade svårigheter med att sitta. De behövde byta ställning ofta och sitta på olika sätt som inte tryckte mot vulvan. Ibland valde de också särskilda sittställningar som fungerade bättre, som att sitta bredbent eller med en fot på stolen för att kunna lufta underlivet. De som haft smärtorna i skolan rapporterar att det oftast har gått att sitta som det passade på lektionerna. Däremot rapporterade en informant att hon behövt komma med en förklaring till varför hon inte sitter ordentligt under ett längre prov.

Att cykla, träna och bada

Många rapporterade att de blev ömma av att cykla. Vissa fortsatte göra det ändå, eller anpassade sättet de satt på sadeln. Vissa slutade helt att cykla eller gå på spinning, och ersatte spinningen med andra aktiviteter. En person fick sluta med ridning på grund av smärtorna. Att bara och simma blev mer komplicerat eftersom smärtorna kunde förvärras av syntetunderkläder och tampong. Informanterna som hade sådana problem avstod från att bada under menstruationen och såg till att byta om till torra luftiga underkläder.

”Jag har faktiskt köpt mig en cykel nu, så jag ska se om jag kan cykla. Jag tänkte göra det i sommar och jag är lite nervös, jag har inte cyklat sedan jag var tolv.”

Kläder

Kläder som är tigha i grenen kan skava mot underlivet och förvärra symptomen, likaså kläder som gör att underlivet inte andas. Att välja plagg som är snälla mot underlivet är någonting som vestibulitdrabbade kvinnor både gjorde självmant för att det kändes bättre i stunden, och efter råd från andra för att situationen skulle bli bättre på sikt. Plagget som oftast omnämndes var bomullstrosor, gärna i en större modell. Även när symptomen gått ner använde kvinnorna fortfarande bomullstrosor, både för att förebygga framtida besvär och eftersom det har blivit en vana. Ju svårare symptom man hade desto fler plagg fick man välja bort. Förutom bomullstrosor var tigha byxor, särskilt jeans, ett plagg som var laddat för informanterna.

Flera fick avstå från sådana helt eller delvis när sjukdomen var som svårast, och att säga att man nu kunde använda jeans var ett sätt att förklara att man nu var frisk.

”Jag kunde absolut inte ha string - mormorstrosor eller hipsters kunde jag ha. Helst ville jag inte ha trosor alls. Dels ville jag inte ha kläder alls, helst ville jag bara lägga mig ned och dö. Jag kunde inte ha strumpbyxor, jag kunde ha prasselbyxor, gym-pabyxor, mjukisbyxor.”

Skola och arbete.

Ingen av informanterna rapporterade svårigheter på arbetet som kunde kopplas till vestibuliten. De som fick vestibulit smärtor i ung ålder rapporterade däremot svårigheter i skolan. Besvären påverkade skolgången på flera sätt. Informanter missade lektioner på grund av smärta, kunde inte delta i idrottsdagar, hade svårt att koncentrera sig, och hade svårt att sova. En av informanterna rapporterade att hennes betyg påverkades så pass att hon inte kunde komma in på det gymnasium hon ville.

Menstruation.

Menstruation i sig påverkar underlivets mående, och mensskydd kan också påverka ett redan känsligt underliv. Tampong var det överlägset svåraste mensskyddet för en vestibulitdrabbad, att kunna använda tampong angavs ofta som ett tecken på att man är frisk. Att inte kunna använda tampong innebar färre valmöjligheter och att det blev omöjligt att bada och simma under menstruationen. De som kunde använda tampong kunde oftast inte använda två i rad, utan måste ha binda emellan. De flesta rapporterade inte att det har varit särskilt problemfyllt att inte använda tampong, men en person rapporterade att hon kände sig ofräsch i binda och en annan att hon undvek att vara med på aktiviteter där det är svårt att byta mensskydd (såsom festivaler och picknick) eftersom hon måste använda binda. Att använda binda har även en inslutande effekt på underlivet, och det blev svårt att uppnå den känslan av att underlivet luftas som många eftersträvade. En informant övervägde menskopp, men var orolig eftersom menskopp är ett internt mensskydd som kräver att man kommer in i slidan med fingrarna. Flera kvinnor rapporterade att de använde hormonella preventivmedel som ledde till att menstruationen helt upphörde eller minskade drastiskt. Ingen av dem bytte dock till det medlet på grund av vestibulit smärtor.

Diskussion

Sammanfattning

Syftet med studien har varit att söka skapa en helhetsbild av hur vestibuliten påverkar den drabbade kvinnans liv. Antagandet bakom studien har varit att vestibuliten skulle påverka flera olika områden, och följderna av vestibuliten skulle samspela med varandra. Antagandet har bekräftats, och informanterna har berättat om ett brett spektrum av följder, där vestibulit smärtorna har påverkat livet såväl direkt som indirekt. Dessa följder har även påverkat varandra.

Exempel på direkta följder av smärtor i underlivet är svårigheter med att sitta, sätta in tampong och ha vaginala samlag. Exempel på indirekta, sekundära, följder är förlust av sexlusten och minskning av sexuella beteenden som inte är smärtsamma i sig – vilket grundas

i att vaginala samlag gör ont, och att kvinnan oroar sig för att det kommer uppstå svårigheter med partnern om det visar sig att hon inte kan genomföra vaginalt samlag. Andra indirekta följder av vestibulit är bland annat svårigheter med att sova på grund av oro, eller vita lögner när man undviker smärtsamma aktiviteter på skolgymnastiken.

Vestibulitföjderna i de drabbade kvinnors liv är inte oberoende av varandra, utan påverkar varandra genom olika typer av samband. Här kommer några exempel:

- När sjukdomen just debuterat fortsätter den drabbade kvinnan att ha samlag trots smärta. Sedan väljer hon att antingen avstå från all sexuell aktivitet, eller att anpassa sexlivet för att undvika smärta men kunna fortsätta ägna sig åt sexuella praktiker som inte orsakar smärta. Den senare strategin kan få positiva följder för sexlivet genom att kvinnan har mer klitoriscentrerat sex.
- Eftersom en ”riktig kvinna” och en normal flickvän förväntas kunna genomföra vaginala samlag kan en kvinna med vestibulit uppleva det som hotande och ångestfyllt att inte kunna göra det utan smärta. Därför kan kvinnor fortsätta ha vaginala samlag trots smärta, istället för att välja andra strategier. Detta förvärrar symptomen och leder på sikt till att smärtan blir så kraftig att det inte längre är möjligt att välja att fortsätta samlag.
- Kvinnor kontaktar vården snart efter att symptomen dykt upp, men får ingen adekvat hjälp. Kvinnor får negativa erfarenheter av vården, som gör att de avvaktar med att fortsätta söka hjälp, och det dröjer länge innan diagnos kan sättas och behandling påbörjas. Under tiden förvärras konsekvenserna i de andra huvudområdena – sexlivet försvåras, kvinnan upplever sig som allt mer onormal och oroar sig för framtiden, kvinnan får svårigheter och sova och svårigheter i skolan på grund av oron.
- Att kvinnan inte får adekvat bemötande inom vården leder till att kvinnan inte får någon diagnos, och har därför svårt att finna ord för sin smärta, samt svårt att kommunicera med andra om att hon har ont.

Dessa exempel illustrerar hur komplexa följder vestibulit kan få för den drabbade kvinnan. Endast ett fåtal av föjderna är direkta följder av att underlivet gör ont vid kontakt. Oftast är konsekvenskedjan längre, och kan innehålla flera steg, och påverkas av många faktorer. En direkt följd kan exempelvis förstärkas av en annan följd av vestibuliten. Kvinnans sociala relationer påverkar vilka konsekvenser av vestibulit kvinnan kommer att uppleva. Även större sammanhang – som samhällets syn på sexualitet eller hur vårdens beredskap för att möta kvinnor med vestibulit ser ut – påverkar föjderna som vestibulit får i en kvinnas liv.

Resultatdiskussion

Resultat kommer först att diskuteras i samma ordning som de presenterades i resultatdelen av studien, för att sedan följas av en sammanfattad resultatdiskussion.

Sex och relationer

Av intervjuerna framkommer det att det området som påverkats mest har varit sex- och relationer, i enighet med tidigare fynd som indikerar på att faktorer som har med relationer att göra är de som främst lyfts fram som anledning till försämrad livskvalitet hos vestibulitdrabbade kvinnor (Ponte, Klemperer, Sahay, Chren, 2009). Marriott & Thompson (2008) redogjorde för ett stort antal följder som vestibulit får för sexlivet och de drabbade kvinnors relationer, bland annat att kvinnor med vestibulit kände en press på att genomföra

vaginala samlag, och kvinnorna förväntade även sig att frånvaro av sådana samlag är någonting män ser som ett stort problem. Även i denna studie rapporterade kvinnor att de fortsatte ha vaginala samlag trots smärta. Kvinnornas kommentarer om hur bra deras manliga partners var som gick med på att ha andra former av sex antyder att informanterna såg det som en uppoffring från sina partners sida, eller att deras partners inte var som män i allmänhet ifråga om behov av vaginala samlag.

Marriott & Thompson (2008) rapporterar även rapporterat att vestibulitdrabbade kvinnor kan helt välja bort sexuellt laddat umgänge för att de vill undvika vaginala samlag och allt som kan leda till dem. Denna strategi har även används av informanter i denna studie. Det är det enda området där informanterna har rapporterat sådant generaliserat undvikande. I samband med detta är det intressant att lyfta in Danielssons et al (2001) rön om att personer med vestibulit är mer än andra benägna att ha en personlighet där man tenderar att undvika potentiellt smärtsamma situationer. Hayes et al. (1996) har lyft fram betydelsen av undvikandebeteenden i många psykologiska besvär. Människor har en förmåga att verbalt koppla ihop begrepp så att även ”ofarliga” begrepp och situationer kan associeras till psykisk eller fysisk smärta. En person som söker att undvika smärta kommer således att undvika såväl smärtsamma aktiviteter som aktiviteter som associeras med smärta, och på det sättet minska sitt handlingsutrymme stort (Hayes, Smith, 2007).

I en studie jämfördes personer med som tenderade att undvika smärtsamma upplevelser i lägre respektive större grad när de utsattes för smärtsamma stimuli. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gällde tröskeln när stimuli blev smärtsamma. Däremot visade det sig att personer med högre undvikanden stod ut med smärtan kortare tid och använde sig av mindre konstruktiva copingstrategier än personer med lägre tendens att undvika (Zettle, Hocker, Mick, Scofield, Petersen, 2005).

Den typen av undvikande som spridit sig som ringar på vattnet har i denna studie endast handlat om sexuella situationer – informanterna har exempelvis inte börjat undvika all sjukvård på grund av dåliga erfarenheter av gynekologer, inte heller sociala situationer med vänner även om det kunde bli svårt när sex och relationer kom på tal. Samband mellan vestibulit och undvikande bör studeras mer för att kartlägga hur ”harm avoidance”-drag påverkar sjukdomsutvecklingen och vilka implikationer för behandlingen det kan ha.

Att prata om smärtan

I en studie av vårdupplevelser hos kvinnor med hemofili A är att ungefär en fjärdedel av reaktionerna på negativa vårdupplevelser är att börja agera för att sprida kunskap om sjukdomen (Renault, Howell, Robinson & Greer, 2011). På liknande sätt rapporterar kvinnorna i denna studie att de pratar om vestibulit och egna besvär såväl privat som offentligt för att sprida information om tillståndet. Kvinnorna i studien rapporterade att de hade få svårigheter med att tala om smärtor med vänner och partners, och blandade erfarenheter av att prata med bekanta, skolpersonal och föräldrar. Man bör dock tänka på att dessa fynd sannolikt inte är mer representativa för gruppen vestibulitdrabbade kvinnor i stort, på grund av urvalet av informanter. Informanterna är mellan 20 och 28 år, en generation av kvinnor som växte upp i medioklimat där det ses accepterat att vara offentlig med sådant som tidigare ofta ansetts förbehållet den privata sfären – bland annat sexualitet och sin kropps fungerande. Därför kan man tänka sig att informanterna i denna studie tillhör de

vestibulitdrabbade kvinnorna som har relativt lätt att prata om sina smärtor. Det får dock förbli en spekulering eftersom det saknas andra studier att jämföra med.

Vårderfarenheter

I likhet med vad andra studier har funnit (Marriott & Thompson, 2008; Renault, Howell, Robinson & Greer, 2011) har denna studie funnit att en stor del av vårderfarenheterna varit negativa, oftast på det sättet att kvinnans problem inte togs på tillräckligt allvar, vilket försenade diagnos och behandling. Reaktionerna på vårdens bemötande har liknat dem som Renault et al rapporterar. Till de mer konstruktiva hör att fortsätta kämpa vidare för bättre vård genom att exempelvis byta vårdgivare, eller att arbeta för att öka medvetenheten om sjukdomen. Till de mindre konstruktiva reaktionerna hör att sluta söka vård, försöka förlika sig med att vara sjuk eller att behandla på egen hand.

Tankar, känslor och självbild

Tidigare forskning har visat att vestibulitdrabbade kvinnor upplever förlusten av förmågan att ha vaginala samlag som ett hot mot deras kvinnlighet (Marriott & Thompson, 2008), vilket även visas i denna studie. Informanterna har rapporterat mycket oro i samband med smärtorna, och ett vanligt tema var att de aldrig skulle kunna ha "normalt" sex, träffa partner, bilda familj och få barn. Dessa fynd ligger i linje med tidigare forskning om livskvalitet hos kvinnor drabbade av vulvodyni (Ponte, Klemperer, Sahay & Chren, 2009). Till skillnad från Ponte et al (2009) visar denna studie inte på att vestibuliten inte uppenbart har lett till att kvinnorna har känt sig frustrerade, arga och deprimerade. I denna studie använde informanterna framför allt ord som "oro" och att de "tänkte mycket". Skillnaderna kan givetvis bero på skillnader i faktiska skillnader mellan informanterna i båda studierna. Det kan också tänkas att det rör sig om sättet informationsinsamlingen genomfördes på – kanske är det lättare att plocka fram oro över smärtor än känslan av att vara deprimerad när man försöker minnas vilka känslor som utlöstes av vestibuliten.

Vardagsaktiviteter

I en tidigare studie (Ponte, Klemperer, Sahay & Chren, 2009) rapporterade kvinnor med vulvodyni att deras sjukdom påverkade arbetet och fritidsaktiviteterna i högre grad än vad var fallet hos kvinnor med andra vulvabesvär eller hudsjukdom. Resultaten av den här studien har visat att dessa områden har påverkats i någon grad, men de flesta informanterna har inte sett det som besvärande, med undantag för dem som hade vestibulit i grundskolan. I linje med vad Marriott & Thompson (2008) rapporterar har informanterna i denna studie sluta cykla och fått begränsa sitt val av underkläder till luftiga bomullstrosor – dessutom har de ofta valt bort andra plagg som kunde skava mot underlivet. Möjlighet att använda tampong har i enighet med tidigare fynd (Foster, Kotok, Huang, Watts & Oakes, 2009) för många varit ett måttstock för hur frisk man är, dock inte perfekt korrelerat med andra friskhetstecken, som förmågan att genomföra ett vaginalt samlag.

Generaliserbarhet

Urvalet av informanter i studien representerar inte hela gruppen vestibulitdrabbade kvinnor på grund av åldersspridningen i gruppen, samt rekryteringsmetoden. Hur ens liv ser ut förändras generellt med åren, och det är möjligt att studien har missat vestibulitens påverkan över sammanhang som är vanliga för kvinnor över trettio. Exempelvis rapporterade flera yngre informanter oro över framtida utsikter på att skaffa familj och barn, dock som en ganska abstrakt farhåga – informanten som ville ha barn inom snart framtid hade mer konkreta tankar

om det. De flesta informanterna är studenter eller har arbeten som inte kräver att man sitter ”ordentligt” eller har någon särskild dresscode, vilket gjorde att informanterna kunde anpassa klädsel och sittposition för att minska smärtorna. När karriären har kommit igång ordentligt kan kraven ändras och vestibuliten bli ett hinder. Sex av åtta av informanterna hade smärtorna redan i samband med samlagsdebuten, och endast en har haft flera års sexuella erfarenheter innan hon fick smärtor. Det är rimligt att anta att det finns skillnader mellan de som innan vestibulitdebuten hade en utvecklad sexuell självbild och de som inte hade en erfarenhet av smärtfritt sex att jämföra med.

Man kan också beakta att medverkande i studien sannolikt inte heller är representativa för gruppen unga kvinnor som är drabbade av vestibulit. Rekryteringen skedde via sociala medier och en webbsida, vilket kunde leda till ett urval av kvinnor som är ovanligt öppna med sin vestibulit och engagerade i att kommunicera om smärtorna. Samtidigt stämmer resultaten väl överens med tidigare forskning, vilket tyder på att studiens resultat förmodligen har god generaliserbarhet för unga kvinnor, och med viss försiktighet kan generaliseras till kvinnor i alla åldrar. Givetvis får man också tänka på att de kulturella och samhällsliga faktorerna som påverkar de vestibulitdrabbades upplevelser skiljer sig mellan olika länder.

Metoddiskussion

När studien först blev påtänkt var idén att göra en modell av hur de olika följderna som vestibulit kunde ha i en kvinnas liv samverkade med varandra. Grundad teori valdes som metod eftersom den är skapad just för att kunna ta fram nya teorier från material. Under studiens gång blev det uppenbart att resultaten inte kunde enkelt sammanfattas i en modell som tydligt visade samband mellan de olika konsekvenserna av vestibulit – väven blev för invecklad för att en modell skulle vara informativ och lättöverskådlig. Därför blev redovisningen av resultaten mer beskrivande än vad som man kan vänta sig av grundad teori. En grafisk representation av resultaten och en beskrivning av flera av sambanden mellan konsekvenserna kan ligga till grund för kommande forskning.

Det är inte ovanligt att intressera sig för en forskningsfråga när man har egna erfarenheter av upplevelsen – så även här har författarens intresse för området delvis grundats i egna erfarenheter av underlivssmärter. Detta, och att författaren har varit öppen om erfarenheterna på sin blogg, kan givetvis ha bidragit till forskningsprocessen. För att undvika att författarens person påverkade intervjuerna negativt har samtliga informanter tillfrågats om de känner till författarens bloggtexter, och i de fall de hade läst bloggen ombads de att bortse från detta och se författaren som intervjuledare som endast var ute efter informanternas egna berättelser. För att själv inte påverka informanterna eller analysen har författaren i början av arbetet med uppsatsen skrivit ned egna förförståelsen för att medvetandegöra sig om hur de egna erfarenheterna skulle kunna färga uppsatsen.

Det visade sig tidigt att informanternas erfarenheter av underlivssmärter på flera sätt skilde sig från författarens, sannolikt systematiskt beroende på skillnader i omständigheterna kring smärtornas debut och karaktär. Det underlättade för författaren i att kunna hålla egna och informanternas erfarenheter åtskilda under analysen. Man kan också tänka sig att medvetenhet om att författaren har egna erfarenheter även kunde föra med positiva följder för intervjun i och med att informanten kunde känna större förtroende för författaren, och lita på att författaren skulle ta berättelsen på allvar.

Praktisk tillämpning

I studien framkommer att det är vanligt att det tar oskäligt långt tid för kvinnor med vestibulit att få rätt vård, vilket leder till förlängda besvär för kvinnan. Större kunskap om vestibulit hos de vårdinstanserna som kvinnor med underlivssmärter, exempelvis ungdomsmottagningar, skulle leda till att kvinnor fick vård snabbare och undvek de negativa erfarenheterna att inte bli trodda på och slussas mellan olika läkare.

De informanterna som hade underlivssmärter under skolgången rapporterade att de inte berättade om smärtorna för skolpersonalen, utan använde sig av svepskäl för att undvika smärtsamma aktiviteter, eftersom de trodde att personalen inte hade trott på att eleverna hade underlivssmärter och en för allmänheten okänd diagnos. Sådana fall skulle åtminstone kunna minska om skolhälsovården var informerade om underlivssmärter och även kunde förmedla informationen till ungdomarna.

Kunskapen om att vestibulit påverkar kvinnans liv bortom det uppenbart problematiska i att det gör ont när man berör slidförgården är viktig för att ge adekvat stöd till drabbade kvinnor och lättare kunna kartlägga individernas problembild. Om vårdpersonalen är medveten om att vestibulit får följderna på flera olika områden i livet ökar sannolikheten att man kan känna igen kvinnans svårigheter och skapa en meningsfull bild av dessa, oavsett om kvinnan söker hjälp med underlivssmärterna, eller någon av konsekvenserna som upplevs besvärande.

Vidare forskning

Eftersom denna studie bara täcker en åldersgrupp i ett land skulle liknande studier på andra åldersgrupper och andra miljöer förmodligen ge en än mer komplex bild av hur vestibulit påverkar den drabbade kvinnans liv, då fler faktorer skulle komma in. Samtidigt skulle undersökningar av fler grupper förmodligen även ta fram de mest centrala gemensamma processerna.

Referenser

- Ayling, K., Ussher, J. M. (2008). "If Sex Hurts, Am I Still a Woman?" The Subjective Experience of Vulvodynia in Hetero-Sexual Women. *Arch Sex Behav*, 37:294–304
- Arnold, L. D., Bachman, G. A., Kelly, S., Rosen, R., Rhoads, G. G. (2006). Vulvodynia: Characteristics and Associations with Co-Morbidities and Quality of Life. *Obstet Gynecol*, 107(3): 617–624.
- Danielsson, I., Eisemann, M., Sjöberg, I., Wikman, M. (2001). Vulvar vestibulitis: a multi-factorial condition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 108, pp. 456±461
- Edgardh, S., Abdelnoor, M. (2007). Vulvar Vestibulitis and Risk Factors: a Population-based Casecontrol Study in Oslo. *Acta Derm Venereol*, 87: 350–354
- Engman, M., (2007). *Partial vaginismus - definition, symptoms and treatment*. Doktorsavhandling, Linköpings Universitet. Linköping, November 2007
- Farage, M. A., Galask, R. P. (2005). Vulvar vestibulitis syndrome: A review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 123, 9–16

- Foster, D. C., Kotok, M. B., Huang, L.-S., Watts, A., Oakes, D., Howard, F. M., Stodgell, C. J., Dworkin, R. H. (2009). The Tampon Test for Vulvodynia Treatment Outcomes Research: Reliability, Construct Validity, and Responsiveness. *Obstet Gynecol*, 113(4): 825–832.
- Gustavsson, B., (1998). *Metod: Grundad teori för ekonomer - Att navigera empirins farvatten*. Academia Adacta, Lund
- Guvå, G., Hylander, I. (2003). *Grundad teori - ett teorigenererande forskningsperspektiv*. Liber AB, Stockholm
- Hayes, C. S. med Smith, S. (2007). *Sluta grubbla börja leva*. Stockholm: NoK
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168
- Hellström, L. (2010). Gynekologiska tillstånd och sexuell function. I Lundberg, P. O., Löfgren-Mårtenson, L., (Red.), *Sexologi* (sid. 328-345). Stockholm, Liber AB
- Linton, S. J. (2001). Psykologiska behandlingsmetoder. I Ont i ryggen, ont i nacken. SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering,
- Marriott, C., Thompson, A. R. (2008). Managing threats to femininity: Personal and interpersonal experience of living with vulval pain. *Psychology and Health*, 23(2): 243–258
- Masheb, R. M., Nash, J. M., Brondoloc, E., Kerns, R. D.,(2000). Vulvodynia: an introduction and critical review of a chronic pain condition. *Pain* 86 (2000)
- Ponte, M., Klemperer, E., Sahay, A., Chren, M.-M. (2009). Effects of vulvodynia on quality of life, *J Am Acad Dermatol*. 60(1).
- Renault, N. K., Howell, R. E., Robinson, K. S., Greer, W. L. (2011). Qualitative assessment of the emotional and behavioural responses of haemophilia - A carriers to negative experiences in their medical care. *Haemophilia*, 17, 237–245
- Ventolini, G. (2011). Measuring Treatment Outcomes in Women With Vulvodynia, *J Clin Med Res* • 3(2):59-64
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Elanders Gotab.
- Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A., Scofield, B. E., Petersen, C. L., Song, H., Sudarijanto, R. P. (2005). Differential strategies in coping with pain as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*, 511-524