

## VULVAVESTIBULIT

En beskrivning av somatisering, affektmedvetenhet och internaliserad skam hos 18 kvinnor med vulvavestibulit

**Clara Linnros**

**Cecilia Tööj**

Psykologexamensuppsats Vol VI (2004):46

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Sven Ingmar Andersson

Linnros, C., Tööj, C. (2004). *Vulvavestibulit – en beskrivning av somatisering, affektmedvetenhet och internaliserad skam hos 18 kvinnor med vulvavestibulit.*

Psykologexamensuppsats. Institutionen för psykologi, Lunds Universitet. Vol. VI (2004):46.

## SAMMANFATTNING

Syftet med uppsatsen är att undersöka skillnader avseende somatisering, affektmedvetenhet och internaliserad skam mellan kvinnor med diagnostiserad vulvavestibulit och en kontrollgrupp. Dessutom undersöktes sambandet mellan dessa faktorer i vestibulitgruppen. I undersökningen deltog 18 kvinnor med vulvavestibulit och 18 friska kvinnor i samma ålder. Samtliga kvinnor besvarade tre självskattningsformulär; Pennebakers Inventory of Limbic Languidness, Toronto Alexithymia Scale-20 och Internalized Shame Scale. Kvinnorna med vulvavestibulit visade sig ha signifikant större svårigheter att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor än kontrollgruppen. De visade sig även ha en signifikant högre grad av internaliserad skam än kontrollgruppen. Vad gäller somatisering fanns endast en tendens till skillnad mellan grupperna. Ett starkt samband mellan somatisering och grad av skam kunde konstateras. Resultatet kan spegla några psykologiska faktorer som bidrar till utvecklandet av vestibulit, men skillnaderna mellan grupperna kan också vara en konsekvens av sjukdomen. Oavsett om psykologiska faktorer är orsak eller verkan bör de beaktas i forskning kring och behandling av vulvavestibulit. Studiens resultat i kombination med tidigare forskning indikerar att vulvavestibulit är ett multifaktoriellt och multisystemiskt tillstånd.

# INNEHÅLL

<b>INNEHÅLL</b>	1
<b>INLEDNING</b>	3
<b>TEORI</b>	5
<b>Vestibulit</b>	5
<i>Prevalens</i>	5
<i>Historik</i>	6
<i>Diagnostik</i>	6
<i>Symtom</i>	7
<i>Etiologi</i>	8
Biologiska orsaksfaktorer	8
Psykologiska, psykosexuella och psykosomatiska orsaksfaktorer	10
<i>Behandling</i>	13
<b>Stress och psykosomatik</b>	14
<i>Skadlig stress</i>	16
<b>Affektteori</b>	18
<i>Affektsystemet</i>	18
<i>Alexitymi</i>	19
<i>Alexitymi och somatisering</i>	20
<b>Affekten skam</b>	21
<i>Relationen mellan skam och psykisk ohälsa</i>	22
<i>Skammens roll i sociala sammanhang</i>	23
<i>Kroppslig skam</i>	24
<b>Syfte och hypotes</b>	25
<b>METOD</b>	26
<b>Deltagare</b>	26
<b>Mätinstrument</b>	26
<i>Pennebakers Inventory of Limbid Languidness</i>	27
<i>Toronto Alexithymia Scale</i>	27
<i>Internalized Shame Scale</i>	28

<i>Frågeformulär med bakgrundsfaktorer</i>	29
<b>Procedur</b>	29
<i>Databearbetning</i>	30
<b>RESULTAT</b>	31
<i>Medelvärdeskillnader mellan grupperna</i>	31
<i>Samband mellan testen</i>	32
<b>DISKUSSION</b>	34
<i>Somatisering</i>	34
<i>Affektmedvetenhet</i>	35
<i>Skam</i>	37
<i>Samband mellan testen</i>	38
<i>Psykosomatiska perspektiv på vestibulit</i>	39
<b>För- och nackdelar med studien</b>	41
<b>Framtida forskning</b>	43
<b>REFERENSER</b>	45

## INLEDNING

Allt fler unga kvinnor söker hjälp för yttlig samlagssmärta, något som konstaterats av många praktiker inom sjukvården. Den vanligaste diagnosen bland dessa kvinnor är vulvavestibulit<sup>1</sup>, ett tillstånd vars orsaker ännu inte kunnat klarläggas. Etiologin är troligtvis multifaktoriell och inbjuder därmed till ett tvärvetenskapligt perspektiv där biologiska, psykologiska och sociala faktorer vägs in. Även om symtomen beskrevs för första gången för mer än hundra år sedan är vulvavestibulit en relativt ny diagnos som på senare år uppmärksammats alltmer i olika medier.

De flesta kvinnor som lider av vulvavestibulit är unga och man kan fråga sig varför just de drabbas. Vad har unga kvinnor för relation till sina kroppar, sitt kön och sin sexualitet? Adolescensen är en tid då både kropp och själ genomgår dramatiska förändringar. Tillsammans med ett ökat medialt fokus på sexualitet och utseende bidrar detta till höga krav och förväntningar på sexuella prestationer och en oro kring den egna kroppens attraktivitet. Fokuseringen på kropp och utseende riktar sig framförallt mot kvinnan. Detta skapar en självobjektivering som kan få särskilt stort utrymme i unga år då osäkerheten kring självet och egenvärdet är större och mer påverkligt. Att inte känna att man duger i dessa sammanhang kan ge känslor av skam och otillräcklighet (Gilbert, 2002). Till exempel drivs många flickor att kontrollera de naturliga kroppsfunctionerna och lukterna genom överdriven och ibland skadlig hygien och tvättning. Det blir allt vanligare att raka underlivet och att använda trosskydd och till och med tamponger för att dölja flytningar och lukter. En osäkerhet kring kroppen och dess funktioner i kombination med en medial och social press kring sexuella prestationer kan påverka det sexuella samlivet hos unga människor. En rädsla att inte duga sexuellt försämrar möjligheten att njuta sexuellt och att lyssna på sin kropps signaler. Tillsammans kan dessa faktorer skapa en ond cirkel och öka risken för smärtor vid samlag. Vi menar inte att detta skulle räcka som förklaring till varför vissa kvinnor utvecklar vulvavestibulit, men framhåller att biologiska och psykologiska orsaksfaktorer bör kompletteras med en social och kulturell dimension.

---

<sup>1</sup> Benämningarna vulvavestibulit och vestibulit används omväxlande i uppsatsen.

Även om det inom forskningen finns en samsyn vad gäller den multifaktoriella genesen till vestibulit så är det medicinska perspektivet förhärskande. De flesta studier behandlar fysiologiska uppkomstmekanismer och behandling och bara ett fåtal psykologiska, psykosexuella och psykosomatiska bakgrundsfaktorer. Det kan bero på att patienterna primärt söker inom den somatiska vården, där det biomedicinska och dualistiska perspektiv som försöker förklara sjukdom utifrån ett orsak-verkansamband fortfarande dominerar (Währborg, 2002). Vår förhoppning med den aktuella studien är att utifrån ett psykologiskt perspektiv ytterligare belysa några av de faktorer som kan tänkas bidra till utvecklandet och vidmakthållandet av vestibulit. Vi vill inte medverka till en ”psykologisering” av kvinnors hälsoproblem utan snarare understryka vikten av ett psykosomatisk förhållningssätt inom sjukvården, i synnerhet vad gäller medicinskt oförklarade symtom. Att många patienter har subjektiva fysiska symtom som sjukvården inte finner någon orsak till är ett ökande hälsoproblem enligt Wilhelmsen (1999).

Forskning kring och behandling av vulvavestibulit är ett nytt fält för psykologin. Vi lägger därför stor vikt vid att beskriva och diskutera sjukdomen i allmänhet, men begränsar vår undersökning till några av de psykologiska faktorer som kan tänkas bidra till utvecklandet av vestibulit. I en kvantitativ studie har tendensen att somatisera, graden av affektmedvetenhet och graden av internaliserad skam undersökts hos 18 kvinnor med diagnostiserad vulvavestibulit. Oss veterligen har endast somatisering undersökts tidigare i denna patientgrupp (Van Lankveld, Weijenborg & ter Kuile, 1996; Danielsson, Sjöberg & Wikman, 2000; Danielsson, Eisemann, Sjöberg & Wikman, 2001). Eftersom etiologin fortfarande inte är klarlagd och de olika faktorernas inbördes förhållande är okänt är det viktigt att vara ödmjuk då man försöker dra slutsatser kring detta, speciellt i bemötandet av patienten.

## TEORI

Teoriavsnittet inleds med en beskrivning och diskussion av diagnosen vulvavestibulit. Därefter följer de teorier som ligger till grund för undersökningen; psykosomatik, stressteori samt affektteori med särskild betoning på alexitymi och affekten skam.

### Vestibulit

Dyspareuni definieras som smärtor genitalt i samband med sexuell aktivitet och delas hos kvinnor in i ytlig och djup (Helström, 1994). Dyspareuni kan förhindra ett normalt sexuellt samliv. Vulvavestibulit anses vara en av de vanligaste undergrupperna bland ytliga dyspareunier (Paavonen, 1995; Graziottin & Brotto, 2004).

### *Prevalens*

Kronisk vulvasmärta i form av vulvasveda och ytlig dyspareuni har blivit ett allt vanligare problem bland unga kvinnor och medför många kontakter med sjukvården (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Långvariga och svåra samlagssmärter är vanligt bland kvinnor i alla åldrar, men framförallt bland yngre. I en populationsbaserad studie uppgav 13 % av kvinnorna mellan 20 och 29 år att de hade sådana besvär (Danielsson, Sjöberg, Stenlund & Wikman, 2003). Samlagsbesvären var i denna åldersgrupp framförallt ytliga och orsakade av vulvavestibulit. I en amerikansk studie visade sig prevalensen för vulvasmärta vara 15 % bland kvinnor som söker i gynekologisk öppenvård (Goetsch, 1991). På senare år har problematiken kring vulvavestibulit uppmärksamats alltmer i media och behandlare har, som tidigare nämnts, observerat en ökning av patienter med vulvavestibulit (Bohm-Starke, Hilliges, Brodda-Jansen, Rylander & Torebjörk, 2001; Bohm-Starke & Rylander, 2000). Denna ökning kan spegla en ökande tendens att söka för besvären, men också en faktisk ökning av vulvavestibulit i befolkningen (Bohm-Starke & Rylander, 2000).

## *Historik*

Fram till 1980-talets senare del var det ovanligt att kvinnor sökte hjälp för ytlig samlagssmärta. Det var tidigare vanligast med vulvasmärta hos äldre postmenopausala kvinnor (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Bohm-Starke och Rylander (2000) gör en kortfattad historisk tillbakablick av det tillstånd som idag betecknas som vulvavestibulit: Vulvavestibulit beskrevs för första gången 1889 av Skene i hans *Treatise of the Diseases of Women* och förekom i en rapport från 1928. Inte förrän 1976 uppmärksammades symtomen igen och på slutet av 1980-talet infördes begreppet vulvavestibulit (Friedrich, 1987). Trots att kunskapen och intresset sedan dess ökat bland läkare är etiologin fortfarande inte klarlagd. Även om symtomen beskrivits för mer än hundra år sedan anser Sjöberg (2001) att det är en av de ”nya” diagnoserna tillsammans med bland annat fibromyalgi och kroniskt trötthetssyndrom. Precis som dessa har vulvavestibulit troligtvis en multifaktoriell etiologi där olika orsaker har olika tyngd hos varje enskild kvinna.

## *Diagnostik*

Terminologin för att beskriva vulvasmärta med sveda och brännande känsla har varierat. Sedan 1985 rekommenderas samlingsnamnet vulvodyni av *International society for the study of vulvar disease* (ISSVD). Bohm-Starke och Rylander (2000) föreslår följande indelning av vulvodynier:

1. Recidiverande candida och andra infektioner samt dermatoser;
2. Essentiell dysestesisk (neurogen) vulvodyni;
3. Vulvavestibulit.

Författarna menar att symtomen inte alltid är renodlade och att diagnosen inte är lätt att ställa (2000; 2001). Detta kritiseras av Sjöberg (2001) som menar att om bara ”candida och andra infektioner samt dermatoser” får en korrekt diagnos och behandling, upphör dessa att ge besvär och kan skiljas ut från de mer oförklarliga vulvodynierna, det vill säga vulvadysesesi och vulvavestibulit. Sjöberg menar att man förhållandevis lätt kan ställa diagnosen vulvavestibulit utifrån Friedrichs kriterier.



Friedrich (1987) etablerade begreppet ”vulvar vestibulitis syndrome” och föreslog tre diagnostiska kriterier: 1) svår smärta vid beröring av vestibulum vulvae (slidans förgård) eller vid vaginal penetration, 2) tryckömhet i vestibulum vulvae, och 3) slemhinnerodnad av varierande grad i detta område. Enligt definitionen är vulvavestibulit således ett specifikt smärttillstånd som endast uppkommer vid provokation, det vill säga vid tryck eller tånjning av vestibulum och som därför förhindrar ett normalt sexuellt samliv. Ett annat vanligt kriterium som ofta används av olika läkare (Bohm-Starke & Rylander, 2000; Danielsson et al., 2000) är att dessa tre symtom ska ha en varaktighet på åtminstone sex månader. Detta kriterium ingår inte i Friedrichs definition. Danielsson och hennes medarbetare (2003) visar i sin studie att smärtans karaktär, lokalisering och varaktighet är viktiga faktorer i diagnostiseringen av samlagssmärter. En god smärtanamnes i kombination med kvinnans ålder ger ett högt prediktivt värde för diagnoser som bland annat vulvavestibulit. Om kvinnan var under 30 år och hade brännande smärta var sannolikheten mycket hög för diagnosen vulvavestibulit.

I en studie som har gjorts för att fastställa diagnosens reliabilitet och för att utvärdera tjänligheten av Friedrichs definition vid diagnostisering (Bergeron, Binik, Khalifé, Pagidas & Glazer, 2001) fastställs att diagnosen vulvavestibulit utgör en distinkt, klinisk enhet och är tillförlitlig, men att slemhinnerodnad inte verkar vara ett användbart diagnostiskt kriterium. Slemhinnerodnad förekommer i mycket varierande grad vid vulvavestibulit och är dessutom ett vanligt symtom vid många andra sorters vaginala inflammationer. Tryckömhet i vestibulum var det enda kriterium som kunde skilja ut kvinnor med vulvavestibulit från kvinnor med andra former av dyspareuni. Trots den föreslagna revideringen av det tredje kriteriet baseras diagnosen oftast fortfarande på Friedrichs kriterier (Mariani, 2002). Utan att förbise de svårigheter kvinnor med vestibulit har i sitt sexuella samliv föreslår några författare att vestibulit främst ska ses som ett smärttillstånd och inte som konsekvens av en sexuell dysfunktion (Meana, Binik, Khalifé & Cohen, 1997a).

### *Symtom*

Det råder en hög överensstämmelse mellan de smärtbeskrivningar kvinnor med vulvavestibulit ger (Bergeron et al., 2001). Ytliga samlagssmärter beskrivs oftast som

svidande och brännande, medan djupa smärtor upplevs som molande värk (Danielsson et al., 2003; Bohm-Starke & Rylander, 2000).

Vestibulit kan delas in i undergrupperna primär och sekundär vestibulit. Kvinnor med primär vestibulit upplever smärta redan från första samlagsförsöket eller vid första försöket att använda tampong, medan de med sekundär vestibulit börjar känna smärta efter längre eller kortare perioder av smärtfria samlag (Bornstein, Maman & Abramovici, 2001). Besvären tilltar oftast gradvis i denna grupp (Goetsch, 1991; Bohm-Starke & Rylander, 2000).

### *Etiologi*

Vad som orsakar vulvavestibulit är fortfarande inte klarlagt (Bergeron, Binik, Khalifé & Pagidas, 1997). Vulvavestibulit anses ha flera olika och samverkande orsaker (Danielsson, 2001), med olika tyngdpunkt hos varje enskild kvinna (Sjöberg, 2001). Multifaktoriella och multisystemiska sjukdomar som vestibulit, innebär komplexa orsakssamband som omfattar såväl biologiska, psykosexuella som relationsmässiga faktorer (Graziottin & Brotto, 2004). Samsyn tycks råda över den multifaktoriella genesen. Ett antal tänkbara etiologiska faktorer har föreslagits. Listan är lång, men många av studierna saknar kontrollgrupp vilket kan uppfattas som problematiskt (Danielsson et al., 2001). De flesta etiologiska studier som gjorts betonar biologiska orsaker.

I uppsatsen avser författarna ge en bred bild av forskningen på området, både vad gäller biologiska och psykosociala studier, men vill särskilt lyfta fram de psykosociala samt de relativt få studier som gjorts utifrån ett biopsykosocialt perspektiv.

### Biologiska orsaksfaktorer

En majoritet av vestibulitpatienterna har en historia av candida-infektioner bakom sig (Danielsson, et al., 2000) och smärtan har hos många kvinnor föregåtts av behandling mot bland annat candida (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Bohm-Starke och

Rylander menar dock att kvinnor med vestibulit sällan blir hjälpta av denna behandling. Genitala papillomvirus (HPV) har misstänkts vara orsak till vestibulit, men detta samband har inte verifierats (Bohm-Starke & Rylander, 2000; Paavonen, 1995; Sjöberg, 2001). Benämningen *vestibulit* antyder ett inflammatoriskt tillstånd. Sjöberg (2001) menar att de tunna och rodnade slemhinnorna hos vestibulitpatienter har fått många att tro att det handlar om en infektion. Detta antagande har kunnat kullkastas i en studie där forskare fann att inflammatoriska celler förekom i lika hög utsträckning hos friska kvinnor som hos dem med vestibulit (Nylander Lundquist, Hofer, Olofsson & Sjöberg, 1997).

Eftersom kvinnor med vestibulit är i fertil ålder lider de inte av någon östrogenbrist som skulle kunna bidra till symtomen (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Däremot har användandet av p-piller samvarierat med symtomdebuten hos merparten av kvinnorna. Denna hormonpåverkan anses kunna bidra till den tunna vaginalslemhinna som ibland ses hos patienter med vulvavestibulit. Många upplever en förbättring efter utsättandet av p-piller, i synnerhet om besvären bara funnits under en kortare period (Rylander, Larsson & Frankman, 1994). Sjöberg (2001) menar att det inte finns tillräckliga bevis för att p-piller skulle ge en tunnare slemhinna och att många kvinnor som faktiskt har en förtunnad slemhinna inte lider av samlagssmärta. Få patienter med vulvavestibulit har fått barn (Bohm-Starke & Rylander, 2000).

Bohm-Starke och Rylander (2000) resonerar kring att vissa hygienprodukter och överdriven tvättning kan orsaka irritation, uttorkning, klåda och därmed ökad infektionsrisk. Detta skapar en ond cirkel, som kan leda till samlagssmärter.

Hos kvinnor med vestibulit har en signifikant ökning av ytligt belägna nervtrådar och/eller överkänslighet av thermoreceptorer och nociceptiva receptorer i det smärtande området kunnat dokumenteras. (Bohm-Starke, Hilliges, Falconer & Rylander, 1998; Bohm-Starke et al., 2001). Graziottin och Brotto (2004) anser att växlingen från nociceptiv smärta (ett tillstånd med pågående vävnadsskada) till neuropatisk smärta (ett tillstånd där smärtan genereras av sig själv inuti smärtfibrerna) inte bara kännetecknar vulvavestibulit utan är själva nyckeln till dess kroniska art. Denna växling ligger till grund för hur en sexuell dysfunktion där samlag framkallar och provocerar smärta utvecklas till ett rent smärttillstånd som är mer eller mindre självgående. Detta kan förklara att besvären hos vissa kvinnor blir så uttalade att smärta kan utlösas av minsta beröring, så kallad allodyni. Forskningen kring

neuropatisk smärta vinner mark och kan bidra till ökad förståelse för olika typer av smärtproblematik (ibid.). Detta resonemang kan jämföras med de forskare som drar slutsatsen att vestibulit är ett primärt smärttillstånd och inte en sexuell dysfunktion (Meana et al., 1997a).

### Psykologiska, psykosexuella och psykosomatiska orsaksfaktorer

De få studier om psykologiska faktorer som gjorts rapporterar motstridiga resultat. I en studie fann forskarna högre grad av somatisering och blyghet hos kvinnor med vestibulit än hos normalpopulationen. Dessa resultat tolkas som en tendens att hantera psykologiska problem genom kroppsliga klagomål och symtom. Det är vanligt att patienter med kronisk smärtproblematik rapporterar en högre grad av somatisering och blyghet på psykologiska test enligt författarna. Vestibulitpatienterna upplevde också mer distans från andra människor än normalpopulationen. Däremot fann man inga skillnader vad gäller äktenskaplig tillfredsställelse, psykologiska besvär, psykopatologi och extraversion (Van Lankveld et al., 1996). Samma resultat återfinns i en litteraturstudie av en annan forskargrupp (Bornstein, Zarfati, Goldik & Abramovici, 1999). Författarna anser att de psykosexuella störningarna hos kvinnor är sekundära och ett resultat av fysisk smärta snarare än bevis för psykopatologisk etiologi. Samtidigt menar de att kronisk smärta har en psykologisk komponent och kan förvärras av stress. Meana, Binik, Khalifé och Cohen (1997b) fann inga skillnader mellan vestibulitpatienter och en kontrollgrupp vad gäller psykopatologi. Däremot rapporterade kvinnorna en signifikant sexuell försämring i alla faser av det sexuella gensvaret, det vill säga nedsatt lust, arousal och orgasmförmåga, såväl som en negativ attityd gentemot sex.

I andra studier har forskare kunnat konstatera att vestibulitpatienter upplever avsevärda svårigheter i sitt psykologiska såväl som sexuella fungerande (Nunns & Mandal, 1997; Gates & Galask, 2001; Sacket, Gates, Heckman-Stone, Kobus & Galask, 2002). Två av studierna rapporterar även symtom på depression (Gates & Galask, 2001; Sacket et al., 2002). Brotto, Basson och Gehring (2003) avsåg fastställa vilken typ av psykologiska bekymmer kvinnor med vestibulit lider av. Kännetecknande för dessa patienter visade sig bland annat vara negativ affekt, socialt tillbakadragande samt rädsla för negativ kritik. Paavonen (1995) understryker hur

emotionellt påfrestande det är att leva med kronisk smärta. Att smärtan dessutom är lokaliserad i vulva kan göra det genant att tala om den och kvinnan kan känna sig defekt och mindre attraktiv.

I en svensk studie noterades att vestibulitpatienter oftare uttryckte en känsla av att ha blivit övergivna än de friska kontrollerna. De upplevde också större svårigheter med att föra ett förtroligt samtal med en nära vän. Detta kan enligt författarna antyda en svårighet eller rädsla för nära kontakt hos patientgruppen. De satte även detta i samband med de svårigheter vissa vestibulitpatienter har med att etablera en djup terapeutisk kontakt i kliniska sammanhang (Danielsson et al., 2000). Denna forskargrupp fann inga större skillnader mellan vestibulitpatienter och den friska kontrollgruppen vad beträffar psykosociala och sexuella bakgrundsfaktorer. Det var många skillnader mellan kvinnornas upplevelse av sitt nuvarande sexliv, men man fann inget stöd för en primär sexuell dysfunktion. Vad vestibulitpatienterna hade gemensamt var att de oftare hade sex utan samlag och att de deltog i sexuell aktivitet utan att riktigt vilja det oftare än kontrollgruppen. Man kunde däremot konstatera att kvinnorna med vestibulit skilde ut sig i medicinskt avseende, både gynekologiskt och vad gäller andra somatiska besvär. Att de besvärades av olika somatiska symtom oftare än kontrollgruppen tyder på ett psykosomatiskt element i sjukdomen. Även om det är oklart om detta är primärt eller sekundärt bör det enligt författarna tas hänsyn till i behandlingen av vulvavestibulit.

I en senare studie (Danielsson et al., 2001) fann man ytterligare stöd för att dessa kvinnor besväras av somatiska symtom inom flera områden och alltså tenderar att somatisera i högre grad än en kontrollgrupp. Dessutom påvisades högre nivåer på dimensionen "harm avoidance" bland kvinnorna med vestibulit. Denna egenskap anses vara delvis ärftlig och stabil genom hela livet och ger individen en tendens att reagera med ångest och pessimistiska tankar på framtida problem. Dessa personer är också mer passivt undvikande, ängsliga, blyga inför främlingar och lättare uttröttbara. Forskarna jämför kvinnor med vestibulit och kvinnor med fibromyalgi som också karaktäriseras av en hög grad av denna egenskap. De ser det som möjligt att personlighet kan ha samband med upplevelsen och hanteringen av smärta, sjukdom och stress, men utesluter inte att skillnaderna vad beträffar egenskapen "harm avoidance" kan vara sekundära till vestibulit. De föreslår likväl att den höga nivån av personlighetsdraget "harm avoidance", tillsammans med alla de somatiska besvären

hos vestibulitpatienterna, tyder på en ökad tendens att reagera med kronisk smärta och olika somatiska symtom i utsatta lägen. Det må handla om psykiska svårigheter eller fysiska besvär, eller en kombination av båda.

Sellgren, Voog och Zöger (2000) rapporterar i sin studie en anmärkningsvärt hög sjuklighet i ångest- och depressionssyndrom hos kvinnor som lider av ytlig samlagssmärta. Författarna frågar sig om det rör sig om en nutidssjukdom som är kopplad till sexualisering i vår kultur och om det är mer accepterat att söka hjälp för sexuella problem än för psykiska. De spekulerar även kring om kvinnor med samlagssmärta har svårt att leva ett självständigt vuxenliv och därför går in i parrelationer tidigt. Även Bohm-Starke och Rylander (2000) frågar sig hur den mediala fokuseringen på sexualitet påverkar människors förväntningar och krav. De menar att för kvinnor med bristande självförtroende och oförmåga att själva styra när de vill ha sex kan dessa höga krav leda till utebliven lubrikation vilket ökar irritationen av vulvaslemhinnan.

Under en föreläsning på vulvamottagningen på Malmö universitetssjukhus (Granolund, personal communication, 22 april, 2004) beskrevs en slags personlighetsprofil behandlarna tyckt sig kunna urskilja hos patienter med vestibulit. Det handlar ofta om kvinnor med en hög ambitionsnivå och prestationsångest. De har ofta skuldkänslor och tar mycket ansvar för andra. De blir i hög grad bekräftade för vad de gör och inte för vem de är och har ofta ett dåligt stöd hemifrån. De är ofta dåligt separerade från ursprungsfamiljen och i synnerhet från mamman. Kvinnorna med vestibulit har i allmänhet svårigheter med att uttrycka känslor, men visar upp ett glättigt yttre. De är övervägande smala, vältränade och har ett attraktivt utseende. Många har olika typer av somatiska symtom. Ulcus irritabile, fibromyalgi och även ätstörningar noteras relativt ofta hos kvinnor med vestibulit. Det är vanligt med kronisk stress och spända muskler i bland annat käkar, axlar och bäckenbotten i denna patientgrupp. Denna bild av gemensamma drag hos kvinnor med vulvavestibulit bekräftas i en intervjustudie där en rad framstående svenska forskare och praktiker uttalar sig utifrån sin kliniska erfarenhet (Grimbel, 2002). Samtliga av de intervjuade uppfattar vestibulit som en mer eller mindre psykosomatisk sjukdom.

Det har diskuterats om kvinnor med vestibulit skulle ha en historia av sexuella övergrepp bakom sig. Tvärtom rapporteras varken sexuellt våld eller incest oftare hos dessa kvinnor än hos en referensgrupp (Bornstein et al., 1999; Meana et al., 1997b; Van Lankveld et al., 1996; Danielsson et al., 2000).

Graziottin och Brotto (2004) lyfter fram en multifaktoriell, multisystemisk förklaringsmodell till hur det kroniska smärttillstånd som ofta kännetecknar vestibulit utvecklas. Författarna menar att antalet och typen av faktorer som påverkar den kliniska bilden förändras och ökar över tid. Samtidigt förändrar och påverkar sjukdomen individens psykosociala situation och anpassning i takt med att den utvecklas. Predisponerande faktorer som till exempel sårbarhet och personlighet, utlösande faktorer som till exempel infektioner och vidmakthållande faktorer som till exempel livslång eller förvärvad låg libido, låg arousal eller samlagsmäta samverkar.

### *Behandling*

Vulvavestibulit är en förbryllande diagnos då det fortfarande är oklart vad som orsakar besvären och hur de ska behandlas. Oavsett behandlarens profession är denna patientgrupp svår att behandla på ett snabbt och enkelt sätt (Sellgren et al., 2000). De drabbade kvinnorna har ofta varit i kontakt med många olika behandlare för att få hjälp. Den behandling som förordas av olika forskare eller behandlare speglar ofta deras syn på uppkomstmekanismer. Samtidigt ser många fördelen med ett omhändertagande som bygger på ett helhetsperspektiv. Det är av största vikt att behandlingen av ett så komplext tillstånd som vestibulit har en tvärvetenskaplig ansats där olika professioner samarbetar (Sellgren et al., 2000; Danielsson et al., 2001; Bohm-Starke & Rylander, 2000). Vid behandling av kvinnor med vestibulit bör förutom medicinska bekymmer även psykologiska och sexuella aspekter beaktas (Sackett et al., 2002). Eftersom vulvavestibulit är en heterogen sjukdom krävs omfattande gynekologisk och psykosocial bedömning för att kunna skräddarsy behandlingen (Meana et al., 1997b). Då etiologin fortfarande inte är klarlagd riktas behandlingen framförallt in på symtomlindring.

Flera behandlingar som till exempel avslappning, samtalsterapi, akupunktur, smärtlindrande medicin, bedövningsläkemedel och operation har visat sig fungera bra mot vestibulit för vissa kvinnor (infomedica, 2004). Även elektromyografisk biofeedback av bäckenbottenmuskulaturen är en vanlig del i behandlingen av samlagssmärta. Terapin syftar till att korrigera de muskelstörningar man antar uppkommer i området runt skadad vävnad (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Danielsson et al. (2000) föreslår att olika psykosomatiska behandlingsmetoder såväl som sexualrådgivning ska prövas och kombineras med mer traditionella behandlingar. Överhuvudtaget behövs mer forskning för att vara säker på när och om olika metoder är effektiva. Eftersom vissa patienter inte blir hjälpta av operation och smärtan till och med kan förvärras, bör andra behandlingsmetoder användas för smärtlindring innan man överväger kirurgi (Graziottin & Brotto, 2004).

### **Stress och psykosomatik**

Det biomedicinska och dualistiska perspektiv som i västvärlden dominerar sjukvården idag är problematiskt då man styrs av ett orsak-verkansamband för att förklara sjukdom. Sjukdomar relaterade till psykosociala förhållanden tycks spela en allt större roll. Därför bör enligt Währborg (2002) den traditionella medicinen kompletteras med ett synsätt på sjukdom och stress som omfattar sociala och psykologiska förhållanden. Detta kan tänkas innebära en större komplexitet än tidigare vad gäller synen på etiologi och behandling.

Med ett psykosomatiskt förhållningssätt får man ett bredare perspektiv på sjukdom. De bägge begreppen stress och psykosomatik används båda för att beskriva sambandet mellan kropp och själ<sup>2</sup>. Inom psykosomatiken har man uppfattningen att organismens processer ända ner på cellnivå påverkas av den psykiska världen via hjärnans funktioner. Man antar att medvetna och omedvetna perceptioner, tankar, minnen, föreställningar och fantasier tillsammans påverkar jämvikt, anpassning och

---

<sup>2</sup> Skillnaden ligger mest i ursprung och valet av begrepp kan ses ha att göra med vetenskapsteoretiska ställningstaganden. *Psykosomatik* har en djupare förankring i den psykologiskt och psykoanalytiskt influerade vetenskapstraditionen medan stress är en term som kommer från den medicinska traditionen (Währborg, 2002).



hälsa. Men också att påverkan sker i motsatt riktning, det vill säga att kroppsliga processer på alla nivåer påverkar den inre världen (Lerner, 1999). Denna dynamiska samverkan framhävs också av stressforskningen. En definition av stress är: *”Det dynamiska tillståndet i organismen som svarar på kraven för anpassning. Eftersom livet självt förutsätter ständig anpassning befinner sig allt levande i ett tillstånd av stress”* (Dotevall, 2001).

Währborg delar in stressrelaterade sjukdomar i primära stressjukdomar, där stress är en nödvändig orsaksfaktor, och stressrelaterade sjukdomar, där stress kan vara en bidragande faktor. I den sistnämnda kategorin kan en rad andra faktorer spela en betydelsefull roll, vilket gör orsaksförhållandena svårutredda (Währborg, 2002). Sivik (1995) gör en liknande uppdelning och skiljer mellan psykosomatiska symtom och psykosomatisk sjukdom. Psykosomatiska symtom (funktionella tillstånd) innebär att symtomen har en (oftast helt omedveten) funktion, utan att vävnadsskada uppkommit. Vid psykosomatisk sjukdom finns ett mätbart fysiskt lidande, som dock till betydande del kan tänkas bero på omedvetna och olösta inre konflikter. Vid uppkomsten av psykosomatisk sjukdom kan man notera följande tre generella och inbördes samspelande faktorer: 1. Personen som utvecklar sjukdomen har vissa somatiska sårbarhetskomponenter som är predisponerande. 2. Personen har speciella psykologiska egenskaper som är predisponerande. 3. Han eller hon har varit utsatt för en speciell livssituation som påverkat hälsotillståndet (ibid.).

Alla kan någon gång reagera med somatiska symtom vid psykiska påfrestningar. För en del människor blir dock somatisering den huvudsakliga reaktionen inför psykisk smärta och känslomässiga konflikter (Lerner, 1999). Patienter med psykosomatisk problematik har beskrivits ha svårt att uppleva affekter och bearbeta dem psykiskt, det vill säga de har en alexitym konfliktlösningstrategi<sup>3</sup> (Lerner, 1999; Sivik, 1995). Det verkar generellt finnas en oförmåga att handskas med psykologiska stimuli hos dessa patienter. Denna oförmåga ser Sivik (1995) som en förutsättning för att långvarig psykosomatisk sjukdom ska utvecklas. Patienter med psykosomatisk sjukdom har också beskrivits ha orealistiska ambitioner och krav, vara mycket beroende av andra människor, ha svårt att hantera förändringar och deprivation och ha en tendens till

---

<sup>3</sup> Detta innebär att de beskriver fysiska sensationer istället för känslor. Alexitymi diskuteras mer genomgående nedan.

depressivitet (ibid). Vissa med psykosomatisk benägenhet kan på ytan te sig starka och självständiga, men under ytan finns ett undanskuffat beroendebestånd och en stor sårbarhet – behov som förnekats och hållits undan (Lerner, 1999).

I forskningen har man funnit att människor ofta reagerar med psykosomatiska symptom och oftare blir sjuka när de möter sorg, stora besvikelser eller genomgripande förändringar i sin livssituation som de inte själva kan styra (Lerner, 1999). Vilka livshändelser individen är med om är alltså viktigt, men avgörande är hur man hanterar dem. Om stora förändringar i omgivningen och livet uppfattas av medvetandet kan individen reagera och förändra faktorer inom och/eller utom sig själv. Om signalerna på obalans däremot inte når medvetandet ges inte någon omedelbar möjlighet till korrigerande beteende utan istället medieras obalansen fysiologiskt (Sivik, 1995). Detta skulle kunna bli följden av en dåligt utvecklad affektmedvetenhet.

### *Skadlig stress*

Hjärnans sätt att svara på stimuli från våra sinnen bygger på en sedan miljontals år nedärvd princip avsedd att skydda individen och artens överlevnad. Hoten mot människan har förändrats från kortvariga, fysiska hot till hot mer utdragna i tiden och framförallt till att ha mer med sociala sammanhang att göra. Stressmoment för människan idag är ofta inte reella hot utan oroliga förväntningar inför vad som ska hända. Kroppen är inte anpassad efter den psykologiska anspänning människan kan leva i idag – vid långvarig oro aktiveras samma fysiologiska mekanismer som vid ett mer direkt, fysiskt hot, trots att det inte finns behov av en fysisk kraftinsats. Dessa ”utdragna” stressreaktioner får med tiden skadliga effekter (Sapolsky, 2003). Förmågan att anpassa sig till stressorer är alltså oerhört viktig för det fysiologiska välbefinnandet. Stress blir skadlig först när individen inte kan anpassa sig efter den. Stimulus som inte bearbetas utan innebär en ofullständig konfliktlösning ger en kvarstående beredskap i kroppen och en medveten eller omedveten vaksamhet. Denna obalans kan ge kroppsliga symptom, ökad känslighet och sänkt stresströskel, vilket i förlängningen kan leda till psykosomatiska besvär och psykosomatisk sjukdom (Dotevall, 2001).

Stressrelaterade förändringar i musklernas funktion är vanligt. Vid stressrelaterade besvär kan det muskulära förloppet stå utanför viljans kontroll, en ökad muskeltonus kan ses som en ökad skyddsreflex. Långvarig stress och aktivering av amygdala (ångest) kan sänka tröskeln för denna reflex. Psykologiska stressorer, som föreställningar och tankar, kan utlösa en ökad muskeltonus och ge spänningssymtom (Währborg, 2002).

En tillfällig ökad påfrestning gör kroppen mer smärtekänslig. Dessa besvär går normalt tillbaka, men vid skadlig stress påverkas viktiga centra i hjärnbarken med bristande hämningar av smärtimpulser som följd (Dotevall, 2001). Långvarig smärta ger ofta upphov till onda cirkular. Ju längre smärtan varar, desto mer upptas personens känslor och tankar av smärtan. Svår och långvarig smärta medför också i sig att smärtröskeln sänks så att en svag retning som normalt inte ger smärta upplevs som mycket smärtsam. Efter en skada kan också lokal överkänslighet för smärta utvecklas. Även vid svåra psykiska trauman är störd smärtekänslighet ett vanligt fenomen. Psykologiska och psykosociala mekanismer anses på flera sätt bidra till att långvariga smärttillstånd uppkommer och vidmakthålls. Smärta är dessutom en stressor i sig. Få upplevelser innebär en sådan påfrestning för individen som smärta. Påfrestningen leder till en accentuering av de stresspsykologiska och stressfysiologiska reaktionerna, vilket slutligen gör det svårt att avgöra vilken roll själva smärtimpulsen har (Währborg, 2002).

Överhuvudtaget påverkar ett somatiskt symtom det psykiska förhållningssättet som i sin tur påverkar kroppen. Det somatiska symtomet kan spä på upplevelser av otillräcklighet, dålig självbild och känslor av frustration och besvikelse i ett transaktionellt samband. Det blir en ond cirkel som är svår att bryta om processen går för långt (Lerner, 1999).

## Affektteori

Affektteorin är utvecklad av Silvan Tomkins på 60-talet och beskriven i hans verk *Affect/Imagery/Consciousness*, vars två volymer först kom ut 1962 och 1963. Enligt Tomkins teori är affekterna både psykologiska och biologiska fenomen – de är den process som binder samman medvetet och omedvetet, psyke och soma, drift och handling. Affekterna är den ”valuta” som psyke och soma växlas i (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002).

### *Affektsystemet*

*Affekt* är den biologiska delen av en känsla, som till exempel ilska och rädsla. Stimuli triggar specifika, genetiskt determinerade mönster som utlöser en specifik affekt (Nathanson, 1992). Affekterna är på detta sätt automatiserade. Varje affekt innefattar förändringar i ansiktsuttryck, muskulära responser, rytm och tonläge, endokrina systemet (hormoner), signalsubstanserna i hjärnan, autonoma nervsystemet (andning, puls mm) (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002).

Det har föreslagits att *känsla* (eng. feeling) innebär att en person har en medvetenhet om att en affekt har triggats (Nathanson, 1992). Där affekt står för biologi står känsla för psykologi. Under en människas liv triggas affekter ständigt i olika sammanhang och får olika betydelse för individen. De minnen, upplevelser och tankar som är kopplade till en affekt bildar en *emotion* (eng. emotion). En emotion är en affekt inplacerad i en historia, ett sammanhang. Där affekt står för biologi står emotion för biografi.

Tomkins har beskrivit nio basaffekter, var och en med variation från mild till intensiv. De positiva affekterna är: välbehag/extas (glädje) och intresse/iver. Den neutrala affekten är: förvåning/häpnad. De negativa affekterna är: ilska/raseri, rädsla/skräck, ledsnad/förtvivlan, avsmak, avsky och skam/förödmjukelse (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002).

Affekterna har olika motiverande funktioner genom att innebära en inneboende, evolutionsmässigt viktig, handlingstendens. Glädje motiverar till närmande och behövs således för att skapa kärleksfulla band, rädsla skapar beredskap för farosituationer och motiverar till flykt, ilska motiverar till aggressivt beteende, vilket kan reducera hinder för viktiga mål, avsky motiverar till fjärmande och så vidare. Att affekterna förmedlas på ett kontinuum är viktigt för deras informationsvärde. De positiva affekterna innehåller ett metabudskap av ”fortsätt”, de negativa affekterna ett metabudskap av ”ändra på någonting” (ibid). Affekten fungerar förstärkande på det stimuli som triggat den. Enligt Tomkins gör affekterna bra saker bättre och dåliga saker sämre (Nathanson, 1992). Eftersom affekterna har ett sådant informationsvärde är det naturligtvis viktigt att kunna läsa av sina affekter på ett riktigt sätt.

### *Alexitymi*

Sifneos (1973) skapade termen alexitymi, som bokstavligt betyder ”inga ord för känslor”. Inom psykoanalysen ansågs patienter med psykosomatiska sjukdomar besvärliga att arbeta med då de hade svårigheter att identifiera och benämna sina känslor. Sifneos undersökte den kognitiva och affektiva stilen hos patienter med klassiska psykosomatiska sjukdomar och fann att många patienter med psykosomatiska sjukdomar hade en tydlig svårighet att beskriva subjektiva känslor och helt saknade eller hade lite fantasier.

Alexitymibegreppets teoretiska utveckling har till stor del skett genom ett forskningsprogram som sökt validera begreppet under det att man arbetat med att utveckla ett instrument med hög reliabilitet och validitet (TAS-20) som kan mäta alexitymi (Taylor, Bagby & James 1990, i Taylor et al 1997). Som alexitymi nu är definierat består det av följande personlighetsdrag: 1) svårighet att identifiera känslor och skilja mellan känslor och kroppsliga upplevelser som kommer av emotionell arousal, 2) svårighet att beskriva känslor för andra människor, 3) återhållsamma imaginära processer, som visar sig som brist på fantasier och 4) oförmåga till introspektion (Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976; Taylor, 1994; Taylor, Bagby & Parker, 1991 i Taylor et al., 1997) En del individer som definieras som alexityma verkar motsäga denna definition eftersom de upplever kronisk nedstämdhet eller får

utbrott av gråt eller ilska. Om man frågar ut dem avslöjas dock hur lite de vet och förstår av sina känslor och hur de, för det mesta, inte kan sammankoppla dem med minnen, fantasier eller specifika situationer (Taylor et al, 1997). Genom kliniska observationer har flera andra karaktäristika sammankopplats med alexitymi, utan att för den skull vara del av den teoretiska kärnan av konstruktionen. Dessa karaktärsdrag är bland annat en tendens till social konformitet, till undvikande av konflikter, en något stel kroppshållning och en brist på ansiktsuttryck för att visa emotioner (ibid). Alexitymi är inte ett kategoriskt fenomen, utan en dimensionell konstruktion eller ett personlighetsdrag, som är normalfördelat i populationen (ibid). Alexitymi behöver inte vara ett beständigt drag, poängen på TAS hade sjunkit hos patienter efter terapeutisk korttidsbehandling (enligt Fukunishi et al., 1997 i Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001). Man kan alltså förbättra sin affektmedvetenhet.

Som nämnts under stycket om affektteori har affekter ett viktigt informationsvärde och om man saknar förmågan att läsa av dem kan det få konsekvenser. Taylor et al. (1997) påpekar att alexityma individers svårighet att identifiera sina känslor leder till att de kommunicerar bristfälligt med andra människor när de mår dåligt och därmed förlorar möjligheten att få stöd och hjälp från andra. Deras begränsade imaginära förmåga begränsar också deras bearbetning av ångest och andra emotioner genom fantasi, drömmar, intresse och lek (ibid).

### *Alexitymi och somatisering*

Kopplingen mellan alexitymi och somatisering finns redan i termens ursprung då Sifneos (1973) med den ville fånga vad han ansåg vara karaktäristiskt för människor med psykosomatisk sjukdom. För kliniker som Lerner och Sivik är alexitymi ett nyckelbegrepp inom psykosomatiken då de anser att det alexityma förhållningssättet utmärker många patienter med psykosomatiska sjukdomstillstånd. (Sivik, 1995; Lerner, 1999). Taylor et al. (1997) menar att somatisering och hypokondri, åtminstone delvis, kan ses som resultat av den alexityma individens begränsade medvetenhet om och bearbetning av emotioner, vilket leder till ett fokus på och en misstolkning av de somatiska sensationer som hör ihop med emotionell arousal. Dessutom menar de att misslyckandet med att kognitivt reglera stressande emotioner, på grund av att man

inte läst av dem, kan resultera i överdrivna responser i det autonoma nervsystemet. Detta innebär gynnsamma förhållanden för somatiska sjukdomar.

I en kvantitativ forskningsgenomgång har De Gucht och Heiser (2002) funnit att det finns ett litet till moderat samband mellan alexitymi och rapportering av somatiska symtom. Sambandet mellan dimensionen ”svårigheter att identifiera känslor” (DIF) och somatisering har dock visat sig vara betydligt starkare. Därför föreslås den dimensionen vara en mer specifik prediktor för psykosomatiska symtom än generell alexitymi. Dimensionen som handlar om bristande förmåga till introspektion (EOT) visar sig däremot i stort sett vara orelaterad till rapportering av somatiska symtom (De Gucht & Heiser, 2002; De Gucht, Fischler & Heiser, 2003).

### **Affekten skam**

Enligt Tomkins utlöses affekten skam-förödmjukelse när någon av de positiva affekterna glädje eller intresse avbryts, samtidigt som intresset för och önskan om en positiv relation finns kvar. Skam utlöses när det inte längre är tryggt att känna de positiva affekterna och dess funktion är att få individen att stanna upp och värdera sig själv realistiskt för att inte de positiva affekterna ska leda till ett överdrivet risktagande. Skam fungerar alltså som ett hinder och en begränsning av de positiva affekterna (Nathanson, 1992; Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Enligt Lazarus (1991) är skam den affekt som utlöses när individen misslyckats med att leva upp till ett jagideal som är påtvingat av föräldrarna och internaliserat av barnet. I forskningen skiljer man på situationell skam, som kan upplevas av alla människor i pinsamma och förödmjukande situationer och skam som personlighetsdrag. Affekten skam är då en internaliserad del av personligheten (Cook, 1996).

Blicken är den modalitet som främst utmärker skammen. Beteendemässigt uttrycks skam genom att vi i blygsel vänder bort blicken, huvudet sänks, vi rodnar och kontakten bryts (Cook, 1996; Nathanson, 1992; Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Skam är en känsla som vanligtvis får oss att vilja dölja eller gömma oss (Lazarus, 1991). Cook (1996) ser affekten skam som själva kärnan i emotioner som skuld, förlägenhet, blyghet, modlöshet och förödmjukelse.

Upplevelser av avvisande, kärleksförlust och övergivenhet är det underliggande hotet bakom utvecklandet av skam. Det tyder på att människor med en återkommande skamproblematik omedvetet är upptagna av teman som rör avvisande och övergivenhet (Lewis, 1971 i Lazarus, 1991). På så vis har skamkänslor en avgörande roll i utvecklingen av självet och självkänslan (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Upprepade och outhärdliga upplevelser av skam under uppväxten i form av till exempel kritik eller avvisande från föräldrar och kamratgrupp blir till slut en internaliserad del av självuppfattningen (Cook, 1996). Skuld och skam uppfattas ofta som överlappande känslor. Skuld är den av känslorna som fått mest uppmärksamhet, men intresset för skam och dess utvecklingspsykologiska implikationer har ökat avsevärt. Enligt Lazarus (1991) härrör skuld från internaliserade värden kring rätt och fel medan skam uppkommer ur individens jagidentitet, närmare bestämt i skillnaden mellan vem man är och vem man skulle vilja vara. Nathanson (1987) beskriver skuld som en kombination av skam och en rädsla för repressalier eller bestraffning medan skamupplevelsen är knuten till ett misslyckande av självet. Affekten skam är källa till låg självkänsla, bristande själv- och kroppsuppfattning och dåligt självförtroende (Kaufman, 1993). Obehaget i skammen gör att människor utvecklar olika strategier och försvar för att undkomma den, vilket gör skammen till en relativt omedveten affekt. Affekter som ilska, förakt, avund och ledsnad får ofta fungera som försvar mot de olustiga/plågsamma skamkänslorna (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002).

### *Relationen mellan skam och psykisk ohälsa*

Affekten skam är en viktig komponent i utvecklandet av nästan alla former av psykopatologi. Med affektteorin som grund för förståelsen av mänskliga emotioner utvecklade Kaufman idén om att graden av psykopatologi stod i proportion till graden av internaliserad skam i en människas personlighet. Denna tanke har anammats av Cook och ligger till grund för utvecklandet av mätinstrumentet Internalized Shame Scale, (ISS) (Cook, 1996). Olika psykiska syndrom organiseras omkring skam i kombination med andra negativa affekter (Kaufman, 1993). Enligt Kaufman är sexuella dysfunktioner ett av de syndrom som är kopplade till affekten skam. I dessa fall har sexualdriften sammansmält med enbart skam eller med skam i kombination



med affekterna avsmak och rädsla/skräck. Eftersom skamkänslor kan sammanbindas och förknippas med andra affekter, positiva som negativa, kan skammen komma att utöva en mäktig, indirekt kontroll över självet. Den affekt som är förknippad med skam, och sålunda upplevs som förbjuden kommer då att hindras i sitt uttryck eller bli ersatt av en mer acceptabel affekt. Om alla affekter blir förknippade med skam kommer affekterna per se att upplevas som skamliga (ibid.). Nathanson (1992) kopplar skuld och skam till depression. Klassiska depressioner har enligt honom sin rot i upplevelsen av skuld medan atypiska depressioner handlar om en hög grad av affekten skam. Den atypiska depressionen innebär att individen är rädd för och undviker kontakt med andra människor eller söker lyckan i upplevelser som ger en tillfällig lättnad. Att kunna fastställa en individs skambenägenhet är av stor betydelse vid bedömning och behandling av emotionella störningar (Cook, 1996). Skattningar av skambenägenhet korrelerar signifikant med till exempel depression, låg självkänsla, social ångest och blyghet, och graden av internaliserad skam mätt med ISS korrelerar positivt med SCL-90, Symptom Check List-90 (ibid).

### *Skammens roll i sociala sammanhang*

Känslor är sociala fenomen. Tillsammans med stolthet räknas skam och skuld till de självmedvetna känslor som driver människan att uppträda socialt och ansvarsfullt. På så vis har skammen en viktig funktion i socialiseringsprocessen. I de flesta kulturer sätter skammen gränser kring intimiteten. Den har en nyckelposition i kontrollerandet av sexualitet och nakenhet (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Intresse och glädje stimulerar människan att vara social, medan skam fungerar som en medfödd reglering av den affektiva kommunikationen. Då skam avbryter den affektiva kontakten begränsar den intimitet och empati (Nathanson, 1992). Skambenägenhet är en viktig komponent i intimitetsrädsla och påverkar sålunda individens nära relationer negativt (Lutwak, Panish & Ferrari, 2003). Skam kan till exempel vara ett allvarligt hinder i utvecklandet av en positiv terapeutisk relation (Kaufman, 1993).

## *Kroppslig skam*

Alla människor har ett behov av att bli accepterade och bekräftade i såväl nära relationer som större sociala grupper. Människor anstränger sig således för att vara attraktiva i andras ögon. Det finns hos alla en mer eller mindre uttalad rädsla att uppfattas som oattraktiv och därmed uteslutas ur den sociala gemenskapen. Vad som uppfattas som avvikande eller oattraktivt och därmed upplevs som skamligt varierar från kultur till kultur. Till exempel har skönhetsindustrin utnyttjat människors osäkerhet och skapat ett behov av att kontrollera naturliga kroppsfunctioner och lukter vilket lett till en överdriven och ibland till och med skadlig renlighet (Gilbert, 2002). Även om kroppen kan vara föremål för skamkänslor har litteraturen kring skam i mycket liten utsträckning behandlat detta område. I en relativt nyutkommen antologi (Gilbert & Miles, 2002) behandlas kroppslig skam ur ett biopsykosocialt perspektiv. Affekten skam anses vara central i upplevelsen av kroppens utseende och funktion.

Adolescensen är en tid av dramatiska kroppsliga och känslomässiga förändringar. För flickor påverkar denna process och de reaktioner de får från omgivningen i hög grad kroppsuppfattning och självbild (Gilbert & Thompson, 2002). I det västerländska samhället har kroppsfixering och fokus på skönhetsideal ökat drastiskt vilket resulterat i att framförallt flickor och unga kvinnor upplever skam och otillräcklighet i förhållande till sina kroppar (Gilbert, 2002). Eftersom fysisk attraktivitet är en viktig komponent i den kvinnliga identiteten blir kroppen ett objekt för andras blickar och lust. Detta leder samtidigt till en slags självobjektivering där kvinnan betraktar den egna kroppen genom andras ögon (Gilbert & Thompson, 2002). Skam har genom historien varit en viktig komponent i kontrollerandet av kvinnlig sexualitet. Sociala och kulturella värderingar ger klara besked om vilka lustar, känslor och kroppsfunctioner som ska kontrolleras och ett misslyckande av detta upplevs ofta väldigt skamligt av individen och/eller omgivningen (Gilbert, 2002).

Nathanson (1994) menar att inget i den vuxnes liv är så kopplat till skam och stolthet som förhållandet till sexualitet. En nedsättning i den sexuella förmågan kan leda till känslor av sårbarhet och otillräcklighet vilket kan upplevas som en form av kroppslig skam (Lodnert, 2002). Kroppsrelaterad skam blir enligt Lodnert särskilt tydlig i sexuella relationer och under samlag.

## Syfte och hypotes

Etiologin till vulvavestibulit är som tidigare nämnts inte klarlagd. Till största delen har biologiska orsaksfaktorer undersökts, men i viss mån även psykologiska. Studien syftar till att utveckla kunskapen kring psykologiska faktorerens betydelse vid utvecklandet och vidmakthållandet av vestibulit. Oss veterligen har endast tendens att somatisera, men varken alexitymi eller affekten skam, undersökts tidigare i denna patientgrupp. En hög grad av somatisering har kunnat konstateras i ett flertal studier (Lankveld et al., 1996; Danielsson et al., 2000; Danielsson et al., 2001).

Studiens övergripande syfte är att med hjälp av självskattningstest undersöka om det finns en skillnad mellan kvinnor med vulvavestibulit och friska kontroller avseende grad av somatisering, alexitymi och internaliserad skam. Dessutom undersöks eventuella samband mellan testen inom vestibulitgruppen.

Hypotesen är att kvinnor med vulvavestibulit upplever fler kroppsliga symtom och reaktioner och alltså tenderar att somatisera i högre grad än en kontrollgrupp. Dessa kvinnor antas ha en större svårighet att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor jämfört med en kontrollgrupp. De förväntas även ha en högre grad av internaliserad skam än kontrollgruppen.

## **METOD**

### **Deltagare**

Undersökningsmaterialet administrerades till 18 kvinnor med diagnosen vestibulit och till 44 kontrollpersoner. De kvinnor ur kontrollgruppen som ibland, ofta eller alltid upplevde smärta i samband med samlag uteslöts ur studien. Sedan matchades individerna ur kontrollgruppen slumpmässigt utifrån ålder med individerna i vestibulitgruppen. Varje grupp bestod då av 18 personer. Kvinnorna i vestibulitgruppen hade en genomsnittlig ålder på 23.44 år (SD = 3.97 range 17 till 31) och individerna i kontrollgruppen en genomsnittlig ålder på 23.44 år (SD = 2.64, range 19 till 27). I vestibulitgruppen var tio studerande, sju arbetade och en person var arbetslös. I kontrollgruppen var 13 personer studerande och fem arbetade. Bland kvinnorna med diagnosen vestibulit var fyra singel, sex särbo, sju sambo och en gift. Bland deltagarna i kontrollgruppen var fem singel, åtta särbo, fyra sambo och en gift. Två av kvinnorna i kontrollgruppen hade barn. Av kvinnorna i kontrollgruppen upplevde sju aldrig och 11 sällan smärta i samband med samlag.

Kriteriet för att medverka i vestibulitgruppen var att kvinnan hade diagnostiserad vestibulit. På grund av svårigheter att samla in ett tillräckligt underlag inkluderas även de kvinnor som stod under olika former av behandling. 14 av de 18 kvinnorna i vestibulitgruppen hade fått någon form av behandling. Nio kvinnor hade en samtalskontakt, sex hade fått olika former av medicinsk behandling och sju hade utfört sjukgymnastiska övningar.

### **Mätinstrument**

Undersökningsmaterialet bestod av tre självskattningsformulär, *PILL*, *TAS-20* och *ISS* samt ett av författarna utarbetat frågeformulär med bakgrundsfaktorer. Testen avser mäta tendens att somatisera, alexitymi samt grad av affekten skam. Samtliga test är standardiserade och dokumenterade i många studier (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001; Bagby, Parker & Taylor, 1994a; Bagby, Taylor & Parker, 1994b, Taylor et al.,

1997; Parker, Taylor & Bagby, 2003; Taylor, Bagby & Parker, 2003; Claesson och Sohlberg, 2002).

### *Pennebakers Inventory of Limbid Languidness*

Pennebakers Inventory of Limbid Languidness, PILL, är ett allmänt använt självskattningsformulär som består av 54 vanligt förekommande fysiska symtom och kroppsliga sensationer och är utvecklat av Pennebaker (1982). Testpersonerna ska besvara hur ofta de upplevt dessa symtom på en Likertskala mellan 0 och 4, där 0 innebär att personen aldrig eller nästan aldrig upplevt dessa symtom, 1 innebär mindre än 3-4 gånger per år, 2 ungefär en gång per månad, 3 ungefär varje vecka och 4 mer än en gång i veckan. En totalsumma beräknas där höga poäng indikerar att testpersonen ofta upplever olika kroppssymtom och kroppsreaktioner inom olika områden och alltså somatiserar i hög grad. Somatisering definieras av Lundh och Simonsson-Sarnecki (2001) som en tendens att uppleva psykisk smärta i fysiska snarare än i känslomässiga termer, antingen om det tar sig uttryck som medicinskt oförklarliga somatiska symtom eller somatiska sjukdomar som åtminstone delvis antas vara orsakade av psykiska besvär. Den svenska översättningen av PILL uppvisade en inre reliabilitetskoefficient på 0,89 mätt med Cronbach's alpha (Lund & Simonsson-Sarnecki, 2001).

### *Toronto Alexithymia Scale-20*

Toronto Alexithymia Scale-20, TAS-20, är ett självskattningsformulär som mäter alexitymi och är utvecklat av Taylor, Ryan och Bagby (1985). TAS-20 anses vara det bästa existerande måttet på alexitymi och har visat god reliabilitet och validitet (Bagby et al., 1994b; Parker et al., 2003). TAS-20 består av 20 påståenden som testpersonen ska ta ställning till utifrån en femgradig Likertskala från "stämmer inte alls" till "stämmer precis". Höga poäng indikerar ett alexitymt sätt att fungera. Det är ett multidimensionellt instrument med tre separata faktorer som dock begreppsmässigt relaterar till begreppet alexitymi: 1) svårigheter i att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor; 2) svårigheter att beskriva känslor och 3) bristande förmåga

till introspektion. Påståenden som bedömer svårigheter att fantisera, ett av kännetecknen vid alexitymi, uteslöts under utvecklingen av skalan då det korrelerade högt med mått på social önskvärdhet. Det finns dock stöd för att svårigheter att fantisera indirekt påverkas av den bristande förmågan till introspektion (Bagby et al., 1994b).

Genom faktoranalys kunde utvecklingarna av instrumentet visa att strukturen med tre faktorer gick att replikera i kliniska och icke-kliniska populationer i Kanada och USA (Bagby et al., 1994a). Strukturen med tre faktorer kunde också replikeras i den svenska översättning som används i denna studie. Den interna reliabiliteten för hela skalan uppmättes då till 0,83 med Cronbach's alpha, vilket ligger nära resultatet för den ursprungliga engelska versionen (Simonsson-Sarnecki, Lundh, Törestad, Bagby, Taylor & Parker, 2000). Det finns starkt stöd för att TAS-20 kan användas i olika kulturer och språk och att alexitymi är ett universellt personlighetsdrag (Taylor et al., 2003).

Alexitymi är ett kliniskt relevant begrepp. TAS-20 är det mest frekvent använda instrumentet i forskningen kring sambandet mellan alexitymi och oförklarliga fysiska symtom, ätstörningar och missbruk (Kooiman, Spinhoven & Trijsburg, 2002).

### *Internalized Shame Scale*

Detta självskattningsformulär är utvecklat av Cook (1994) och mäter personlighetsdraget skam eller internaliserad skam. Denna egenskap antas härröra från varaktiga och outhärdliga skamupplevelser under individens utveckling. Detta skiljer den mer stabila egenskapen skam från situationell skam som kan upplevas av vem som helst i en pinsam eller besvärande situation (Cook, 1996; Claesson & Sohlberg, 2002). Den nuvarande versionen har använts sedan 1989. ISS består av 30 påståenden som besvaras utifrån en fyragradig Likertskala från "aldrig" till "nästan alltid". Sex av påståendena är positiva och räknas inte in i totalpoängen. Deras funktion är att minska risken för mätfel. En hög totalpoäng innebär en hög grad av internaliserad skam (Cook, 1996).

Den ursprungliga engelskspråkiga versionen har visat sig ha en hög inre reliabilitet med ett Cronbach's alpha på omkring 0.95 (Cook, 1994) och god validitet i kliniska och icke-kliniska grupper (Cook, 1996; Claesson & Sohlberg, 2002). ISS korrelerar högt med bland annat depression och subskalan ”interpersonell känslighet” på Brief Symptom Checklist (ibid.). Den svenska översättningen (Claesson, 1997) visade i en av de få svenska studier som gjorts ett Cronbach's alpha på 0,92 (Claesson & Sohlberg, 2002).

### *Frågeformulär med bakgrundsfaktorer*

Inför studien utformades två frågeformulär med bakgrundsfaktorer (se bilaga II och III). Båda innehåller frågor kring kvinnans ålder, utbildning, sysselsättning och levnadsförhållanden. I den version som utgick till kvinnor med vestibulit finns frågor rörande symptomdebut, tidpunkt för diagnos, samt eventuell behandling. Den version som distribuerades till kontrollgruppen innehåller frågor som syftar till att utesluta eventuella dyspareunier bland respondenterna.

### **Procedur**

Eftersom författarna avsåg göra en kvantitativ studie av vestibulitpatienters psykiska hälsa, baserad på självskattningsformulär, ansågs det mest fördelaktigt att söka testpersoner genom sjukvården. Det var då inte heller nödvändigt att komma i direkt kontakt med dessa kvinnor, något som var en fördel ur sekretessynpunkt.

Studien inleddes med att söka kontakt med olika mottagningar i Skåne som kunde tänkas möta patienter med vestibulit. De mottagningar som godkände studien och ansåg sig ha ett tillräckligt patientunderlag var sexologimottagningen, hudmottagningen och urologiska mottagningen i Lund, vulvamottagningen i Malmö, gynekologiska mottagningen och ungdomsmottagningen i Helsingborg samt ungdomsmottagningarna i Kristianstad och Hässleholm. Ingen av mottagningarna i Helsingborg kunde av olika anledningarna delta.

Undersökningsmaterialet distribuerades till samtliga mottagningar och våra kontaktpersoner där ansvarade för kontakten med testpersonerna. Kvinnor med diagnostiserad vestibulit informerades om studien och vid intresse överlämnades undersökningsmaterialet av respektive behandlare. Förutom frågeformulären bestod undersökningsmaterialet av information till testpersonerna (se bilaga I). Utifrån denna information fick testpersonerna ta ställning till om de ville delta i studien. Detta medgivande fungerade som ett kontrakt mellan behandlare och testperson och var inget som författarna tog del av då materialet var fullständigt anonymt. Testpersoner till kontrollgruppen rekryterades bland kvinnlig personal på två gruppboenden i Lunds kommun samt bland kvinnliga studerande vid Lunds universitet från biblioteks- och informationsvetenskap samt fristående kurs i psykologi. Studien presenterades vid dessa tillfällen muntligt av författarna och undersökningsmaterialet distribuerades och samlades in på plats.

### *Databearbetning*

Materialet bearbetades med hjälp av datorprogrammet SPSS. För att undersöka skillnader i medelvärde mellan vestibulit- och kontrollgrupp användes t-test för oberoende stickprov. Då materialet byggde på intervallskala var det trots ett litet antal deltagare ( $n = 18$ ) lämpligt att använda parametriska test<sup>4</sup>. Det inbördes sambandet mellan variablerna inom respektive grupp uppmättes med produktmomentkorrelationen, Pearson's  $r^5$ . Signifikansnivån för alla test är lagd på 95 %. Outliers kontrollerades genom att data som låg  $\pm 3$  SD från M modifierades till detta värde. Endast ett värde behövde modifieras.

---

<sup>4</sup> Beräkningar utfördes även med Mann-Whitney U-test, vilket gav samma resultat avseende signifikanta skillnader mellan gruppernas medelvärden. Detta ansågs vara ytterligare ett skäl till att använda parametriska test trots ett litet n-tal.

<sup>5</sup> Korrelationer mellan testen beräknades även med Spearman's rho vilket gav ett liktydigt resultat.



## RESULTAT

Som framgår av Tabell 1 har gruppen med diagnosen vestibulit högre medelvärden på samtliga test. TAS-20 redovisas utifrån dess tre dimensioner: ”svårigheter i att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor” (DIF), ”svårigheter att beskriva känslor” (DDF) och ”bristande förmåga till introspektion” (EOT).

*Tabell 1.*

*Medelvärde och standardavvikelse för respektive grupp på PILL, DIF, DDF, EOT och ISS.*

Test	Vestibulit (n = 18)		Kontrollgrupp (n = 18)	
	M	SD	M	SD
PILL	67,83	31,90	50,33	22,23
DIF	20,72	5,60	15,50	4,57
DDF	13,11	4,42	11,39	3,68
EOT	17,17	6,14	15,72	4,00
ISS	48,00	23,06	27,56	12,97

### *Medelvärdesskillnader mellan grupperna*

Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende upplevelse av kroppssymtom och kroppsreaktioner/tendens att somatisera, mätt med PILL ( $t(34) = p 0,065$ ;  $p > 0,05$ ). Resultatet antyder däremot att det finns en tendens till skillnad mellan grupperna vad gäller PILL, där kvinnorna med vestibulit somatiserar i högre grad än kontrollgruppen. Den av faktorerna på TAS-20 som mäter svårigheter i att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor (DIF) visade ett signifikant högre medelvärde för vestibulitpatienterna ( $t(34) = p 0,004$ ;  $p < 0,05$ ). Kvinnorna med vestibulit hade också en signifikant högre grad av internaliserad skam, mätt med ISS

( $t(26,77) = p 0,003$ :  $p < 0,05$ ). Samtliga resultat av medelvärdeskillnader redovisas i Tabell 2.

*Tabell 2.*

*Skillnader mellan medelvärden på PILL, DIF, DDF, EOT och ISS, T-test för oberoende grupper.*

Test	t	df	p
PILL	1,909	34	0,065
DIF	3,065	34	0,004
DDF	1,271	34	0,212
EOT	0,837	34	0,410
ISS	3,279	26,77	0,003

#### *Samband mellan testen*

Tendensen att somatisera hade inte något starkt samband med alexitymi, mätt med TAS-20, inom vestibulitgruppen. Som framgår av Tabell 3 korrelerade ingen av faktorerna på TAS-20 signifikant med PILL bland kvinnorna med vestibulit. Inte heller mellan ISS och faktorerna på TAS-20 fanns några signifikanta korrelationer. Av faktorerna på TAS-20 hade faktorn ”svårigheter i att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor” (DIF) och ”svårigheter att beskriva känslor” (DDF) högst positiva korrelation med PILL även om dessa samband inte var signifikanta. ”Svårigheter att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor” (DIF) var den enda av faktorerna på TAS-20 som hade ett visst positivt samband med graden av internaliserad skam (ISS), men som tidigare nämnts var resultatet inte signifikant. Däremot konstaterades en hög positiv korrelation mellan PILL och ISS ( $p < 0,01$ ).

Tabell 3.

*Samband mellan PILL, DIF, DDF, EOT och ISS inom vestibulitgruppen, uppmätt med produktmomentkorrelationen, Pearson's r.*

	PILL	DIF	DDF	EOT	ISS
PILL	-	0,362	0,329	-0,197	0,619**
DIF	0,362	-	-	-	0,351
DDF	0,329	-	-	-	0,174
EOT	-0,197	-	-	-	0,054
ISS	0,619**	0,351	0,174	0,054	-

\*\* Signifikansnivå 0,01 (2-tailed)

- Anger att variablerna inte har redovisats eftersom de ingår i samma test.

## DISKUSSION

### *Somatisering*

Till skillnad från denna studie, som endast visade på en tendens till högre grad av somatisering hos vestibulitpatienterna, har tidigare forskning funnit belägg för att denna patientgrupp somatiserar i högre grad än friska kontroller (Lankveld et al., 1996; Danielsson et al., 2000; Danielsson et al., 2001). Meana et al. (1997b) har funnit ökad benägenhet för stressrelaterade magbesvär och muskuloskeletala smärtor i denna patientgrupp. Även spänningshuvudvärk och muskelsmärta i olika delar av kroppen är vanligt hos kvinnor med vestibulit (Bohm-Starke & Rylander, 2000). Detta tyder på att vestibulitpatienter tenderar att somatisera. Förändringar i musklernas funktion är vanligt vid stress. Ett av de vanligaste symtomen är spänningssymtom (Währborg, 2002).

Självskattningsformulär som mäter självupplevd hälsa, som till exempel PILL, antas mäta två olika dimensioner av hälsa. Den ena är subjektiv och psykologisk medan den andra är mer relaterad till objektivet mätbar hälsa (Watson & Pennebaker, 1989). Watson och Pennebaker manar till försiktighet när det gäller att använda denna typ av skalor som ett mått på den faktiska hälsan, eftersom det kan vara så att resultatet endast mäter den subjektiva upplevelsen av hälsa. En person som upplever många kroppsliga symtom och reaktioner och därmed får höga poäng på PILL har alltså inte med nödvändighet en sämre fysisk hälsa. Enligt Danielsson et al. (2000; 2001), som funnit en högre grad av somatisering hos vestibulitpatienter jämfört med friska kontroller, tolkas en hög rapportering av somatiska besvär som att personen somatiserar, det vill säga tenderar att reagera med somatiska symtom i utsatta lägen. Författarna problematiserar inte skillnaden mellan subjektivt och objektivet skattad ohälsa. Innebörden i begreppen psykosomatik och somatisering varierar mellan olika forskare och kliniker och det finns många olika tankar om hur sambandet mellan kropp och själ fungerar. Ur psykologisk synvinkel är den subjektiva upplevelsen av ohälsa intressant och är enligt oss ett bra mått på tendensen att somatisera. Samtidigt är det viktigt att poängtera att psykisk stress kan skapa ett mätbart lidande. Vare sig det finns ett mätbart lidande eller inte bakom upplevelsen av ohälsa kan det dock vara intressant att tala om somatisering eftersom det handlar om

en ökad känslighet för och vaksamhet på kroppens signaler. För en del människor är somatisering den huvudsakliga reaktionen på psykisk smärta och känslomässiga konflikter (Lerner, 1999). Eftersom mycket tyder på att somatisering är ett utmärkande drag hos kvinnor med vulvavestibulit kan det vara rimligt att se tillståndet som en psykosomatisk sjukdom<sup>6</sup>, vilket många kliniskt verksamma anser att det är (Grimbel, 2002).

Diagnoskriterierna för vulvavestibulit är i huvudsak baserade på upplevelsen av smärtan. Endast slemhinnerodnad är ett objektivi t mätbart kriterium och detta tredje kriterium är omtvistat eftersom denna rodnad förekommer i mycket varierande grad (Bergeron et al., 2001). Detta medför en risk som innebär att patientgruppens symtom inte tas på allvar. Distinktionen mellan subjektivt och objektivi t ”mätbar” ohälsa är egentligen paradoxal eftersom alla fysiska symtom per definition är subjektiva, något som Wilhelmsen (1997) diskuterar. De symtom en person upplever, som till exempel smärta, är svåra att mäta objektivi t och kan bara beskrivas med ord eller kroppsspråk av dem som upplever lidandet. Han poängterar hur viktigt det är att ta dessa symtom på största allvar och att de inte kan ifrågasättas eftersom patienter med somatiseringstendenser eller oförklarliga symtom faktiskt lever med denna smärta.

### *Affektmedvetenhet*

Den aktuella studiens resultat visar på en nedsatt affektmedvetenhet. Av de tre dimensionerna på TAS-20 skiljde kvinnorna ut sig vad gäller svårigheter att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor (DIF), men inte avseende svårigheter att beskriva känslor (DDF) eller bristande förmåga till introspektion (EOT). DIF är den faktor som visat sig ha det starkaste sambandet med rapportering av somatiska symtom och anses därför kunna predicera psykosomatisk sjukdom bättre än det generella alexitymibegreppet (De Gucht & Heiser, 2002; De Gucht et al., 2003). Därför antogs att vestibulitgruppen framförallt skulle skilja ut sig på denna faktor, vilket alltså bekräftades. Eftersom affekter har ett informationsvärde är det

---

<sup>6</sup> Författarna använder Siviks (1995) definition, där psykosomatisk sjukdom innebär att det finns ett mätbart lidande, det vill säga att vävnadsskada kan konstateras. Detta till skillnad från funktionella tillstånd där symtomen snarare har en, oftast helt omedveten, psykologisk funktion.

förstås viktigt att kunna läsa av dessa på ett riktigt sätt (Nathanson, 1992). Om man inte har utvecklat förmågan att läsa av och bearbeta sina känslor kan det leda till ett överdrivet fokus på och misstolkning av de somatiska sensationer som hör ihop med emotionell arousal (Taylor et al., 1997). Denna ofullständiga tolkning av affekterna kan skapa en kvarstående beredskap i kroppen, vilket i förlängningen ökar risken för psykosomatisk sjukdom (Dotevall, 2001; Taylor et al., 1997), som till exempel vulvavestibulit. Det är viktigt att poängtera att alexitymi inte ovillkorligen leder till psykosomatiska problem, men om individen hamnar i en utsatt situation kan svårigheten att hantera känslor bidra till en psykosomatisk reaktion (Johnsson, personal communication, 6 september, 2004). En oförmåga att läsa av sina känslor korrekt skulle kunna leda till en svårighet att reglera när man vill ha sex. Enligt en studie (Danielsson et al., 2000) deltog kvinnor med vestibulit oftare än kontrollgruppen i sexuell aktivitet utan att riktigt vilja det. Att genomföra samlag utan tillräcklig sexuell upphetsning kan innebära försämrad eller utebliven lubrikation, vilket ökar irritationen av vulvaslemhinnan (Bohm-Starke & Rylander, 2000). I förlängningen kan detta tänkas leda till en vävnadsskada i vestibulum vulvae.

Enligt Granlund (personal communication, 22 april, 2004) har kvinnor med vestibulit i allmänhet svårigheter med att uttrycka känslor. Även Danielsson och hennes medarbetare (2000) konstaterade att det är problematiskt för patientgruppen med förtrolighet och nära kontakt, vilket de sätter i samband med de svårigheter vissa vestibulitpatienter har att etablera en djup terapeutisk kontakt. Detta förhållningssätt hos kvinnor med vestibulit kan tänkas bero på en nedsatt affektmedvetenhet, som till exempel en svårighet att läsa av sina känslor. Alexitymi, särskilt svårigheter att identifiera mellan känslor, visade i en studie (Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer & Lakey, 1996) ett samband med upplevelser av bristande socialt stöd. Svårigheter med att identifiera mellan känslor är framförallt en subjektiv upplevelse, som enligt författarna kan relateras till den subjektiva upplevelsen av stöd från omgivningen snarare än till det faktiska stödet. Ett faktiskt eller upplevt bristande socialt stöd kan vara en faktor som ökar risken för psykisk och fysisk ohälsa.

## *Skam*

Kvinnorna med vestibulit i den aktuella studien hade en betydligt högre grad av internaliserad skam än kontrollgruppen. Sexuella dysfunktioner kan ofta kopplas till just affekten skam (Kaufman, 1993; Lodnert, 2002). Även om vestibulit inte i första hand behöver ses som en sexuell dysfunktion utan av vissa forskare främst ses som ett smärttillstånd (Meana et al., 1997a), får tillståndet ändå betydande konsekvenser för det sexuella samlivet. Enligt Nathanson (1992) är inget så kopplat till skam som förhållandet till sexualiteten. En försämring i det sexuella fungerandet har konstaterats i en rad studier (Meana et al., 1997b; Nunns & Mandal, 1997; Gates & Galask, 2001; Sackett et al., 2002). En nedsättning av den sexuella förmågan kan leda till känslor av sårbarhet och otillräcklighet, vilket kan upplevas i form av kroppslig skam (Lodnert, 2002). Att smärtan är lokaliserad just i vulva kan upplevas genant, vilket kan förklara att kvinnorna i vestibulitgruppen upplever en högre grad av skam. Enligt ovanstående resonemang kan skamkänslan alltså vara sekundär till vulvavestibulit. ISS mäter emellertid internaliserad skam, vilket, till skillnad från situationell skam, kan ses som ett relativt stabilt personlighetsdrag (Cook, 1996; Claesson & Sohlberg, 2002). Det skamfyllda i en sexuell oförmåga kan dock tänkas förstärka denna egenskap.

Van Lankveld et al. (1996) konstaterade en högre grad av blyghet hos kvinnor med vestibulit än hos normalpopulationen. Affekten skam är enligt Cook (1996) kärnan i blyghet. Detta skulle alltså kunna innebära att skam förekommer i hög grad hos kvinnor med vestibulit, vilket resultatet i vår studie visar. I en studie uttryckte fler patienter med vulvavestibulit, som tidigare nämnts, en känsla av att ha blivit övergivna än de friska kontrollerna (Danielsson et al., 2000). Kännetecknande för dessa patienter är även en rädsla för negativ kritik (Brotto et al., 2003). Just upplevelser av avvisande, kärleksförlust och övergivenhet ligger, som tidigare nämnts, till grund för utvecklandet av skam (Lewis 1971 i Lazarus, 1991).

Skam är en affekt som hämmar den känslomässiga expressiviteten (Nathanson, 1992; Havnesköld & Risholm Mothander, 2002; Kaufman, 1993). En hög grad av skam kan hindra de känslor som skammen är förknippad med i sitt utlopp, vilket leder till att den affektiva kommunikationen försvåras (Kaufman, 1993). Detta kan kanske kopplas samman med den nämnda svårigheten, hos kvinnor med vestibulit, att uttrycka känslor och etablera en djupare kontakt. Det kan även tänkas att

en nedsatt affektiv kommunikation och försämrade känslomässig expressivitet försvårar det sexuella samspelet.

Resultatet i vår studie skulle behöva verifieras i en mer omfattande studie för att ovanstående resonemang kring skam hos vestibulitpatienter ska äga giltighet. Eftersom affekten skam, oss veterligen, inte tidigare undersökts i denna patientgrupp finns inga resultat att jämföra med. Tidigare studier har däremot rapporterat symptom på negativ affekt (Brotto et al., 2003) och på depression (Gates & Galask, 2001; Sackett et al., 2002) hos patienter med vulvavestibulit. Möjligen kan negativ affekt och depression ses som en indikation på att en hög grad av skam förekommer i patientgruppen. Negativa affekter som ilska, förakt, avund och ledsnad får nämligen ofta fungera som försvar mot de mer plågsamma skamkänslorna (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Psykisk ohälsa grundar sig ofta i skam i kombination med andra negativa affekter (Kaufman, 1993).

#### *Samband mellan testen*

I studien kunde endast ett samband mellan PILL och ISS konstateras. Detta samband var emellertid starkt. Ett högt samband uppmättes alltså mellan upplevda somatiska symptom och internaliserad skam, som är en av de negativa basaffekterna. Skam har ett starkt samband med negativ affekt, som depression och ångest (Cook, 1996). Eftersom negativ affekt ofta är förenat med rapportering av somatiska besvär (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001) är vårt resultat inte överraskande. Bland annat Watson och Pennebaker (1989) har i en omfattande studie undersökt detta samband. De kunde konstatera att negativ affekt hade ett starkt och konsekvent samband med skalor som mäter somatiska klagomål och besvär, däribland PILL. Eftersom negativ affekt dessutom hade ett mycket högre samband med subjektivt än med objektivt skattad ohälsa drar de slutsatsen att detta samband reflekterar en benägenhet för en allmän somatisk och psykisk oro.

Att övriga test inte visade några samband kan tolkas som att olika faktorer väger olika tungt bland kvinnor med vulvavestibulit. Multifaktoriella och multisystemiska sjukdomar som vestibulit har ofta individuella och komplexa orsakssamband, något som konstaterats av en rad forskare (Danielsson, 2001; Sjöberg, 2001; Graziottin &



Brotto, 2004). Svårigheter med att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor (DIF) samt svårigheter med att beskriva känslor (DDF) hade dock ett visst samband med graden av somatisering (PILL) även om dessa korrelationer inte var signifikanta. Eventuellt skulle sambandet ha blivit starkare i en större undersökningsgrupp. Att bristande förmåga till introspektion (EOT) inte uppvisade något samband med somatisering är inte förvånande eftersom denna dimension av TAS-20 visat sig otillförlitlig i flera studier (Kooiman et al., 2002).

### *Psykosomatiska perspektiv på vestibulit*

Det kan tänkas att skillnaderna mellan grupperna i studien beror på ett förhållningssätt eller personlighetsdrag som är karaktäristiska för kvinnor med vestibulit och som gör dem extra sårbara för att utveckla psykosomatisk sjukdom. Snarare än att söka ett enkelt orsakssamband mellan personlighet och vestibulit tar vi vår utgångspunkt i de tre generella och inbördes samspelande faktorer som Sivik (1995) menar predisponerar för psykosomatisk sjukdom: psykologiska egenskaper, en somatisk sårbarhet och en speciell livssituation. Till exempel har, som tidigare nämnts, många vestibulitpatienter en historia av recidiverande candida bakom sig (Danielsson et al., 2000, Bohm-Starke & Rylander, 2000). Däremot utvecklar inte alla med recidiverande candida vestibulit. På samma sätt leder inte ett alexitymt förhållningssätt nödvändigtvis till sjukdom. Det krävs helt enkelt att flera olika faktorer samverkar för att en viss sjukdom ska utvecklas.

Precis som tidigare nämnts har man inom psykosomatiken uppfattningen att organismens processer ända ner på cellnivå påverkas av den psykiska världen via hjärnans funktioner, men också att kroppsliga processer på alla nivåer påverkar den inre världen. Det somatiska symtomet kan spå på en upplevelse av otillräcklighet, dålig självbild och känsla av frustration och besvikelse i ett transaktionellt samband. Det blir en ond cirkel som är svår att bryta om processen går för långt (Lerner, 1999).

En tillfälligt ökad påfrestning gör kroppen mer smärtekänslig. Dessa besvär går normalt tillbaka, men vid skadlig stress påverkas viktiga centra i hjärnbarken med bristande hämningar av smärtimpulser som följd (Dotevall, 2001). Långvarig smärta

ger ofta upphov till onda cirklar. Ju längre smärtan varar, desto mer upptas personens känslor och tankar av smärtan. Svår och långvarig smärta medför också i sig att smärtröskeln sänks så att en svag retning som normalt inte ger smärta upplevs som mycket smärtsam. Efter en skada kan det också utvecklas lokal överkänslighet för smärta. Psykologiska och psykosociala mekanismer anses på flera sätt bidra till att långvariga smärttillstånd uppkommer och vidmakthålls. Smärta är dessutom en stressor i sig. Få upplevelser innebär en sådan påfrestning för individen som smärta. Påfrestningen leder till en accentuering av de stresspsykologiska och stressfysiologiska reaktionerna, vilket slutligen gör det svårt att avgöra vilken roll själva smärtimpulsen har (Währborg, 2002). Den här teorin stämmer väl överens med hur Graziottin och Brotto (2004) beskriver växlingen från nociceptiv till neuropatisk smärta där en vävnadsskada som framkallats av samlag utvecklas till ett kroniskt smärttillstånd som är mer eller mindre självgående. Det är oerhört svårt att fastställa kausala samband i den typ av studie som vi och många andra forskare på området gjort och frågan är om det är intressant. De forskare som konstaterat psykologiska, sociala eller sexuella besvär hos vestibulitpatienter skiljer sig ofta åt avseende tolkningen av resultatet. Vissa ser besvären som orsaken till vestibulit, medan andra är övertygade om att de är sekundära till den smärta dessa kvinnor lever med. Enligt den teori kring uppkomsten av kronisk smärta som Dotevall och Währborg beskriver är detta egentligen inte intressant eftersom både bakgrunden till och vidmakthållandet av kronisk smärta är komplex och multifaktoriell.

Watson och Pennebaker (1989) tar upp tre olika psykosomatiska förklaringsmodeller som något modifierade kan användas för att analysera studiens resultat. Dessa förklaringar sammanfattar på ett enkelt och lättöverskådligt sätt de tankar och teorier kring psykosomatik som tidigare behandlats i uppsatsen. För det första kan psykisk ohälsa och stress bilda en grogrund för utvecklandet av somatisk sjukdom. Orsaken till en somatisk sjukdom skulle då ligga i psykosociala faktorer. Svårigheten med att identifiera mellan kroppsliga sensationer och känslor, en hög grad av internaliserad skam och den antydning till ökad somatisering som kunde konstateras i undersökningen skulle, om resultatet kunde generaliseras, vara en del av förklaringen till varför vissa kvinnor utvecklar vulvavestibulit. En andra förklaring är att fysisk ohälsa, i form av till exempel den kroniska smärta som kvinnor med vestibulit lever med, skapar oro och förtvivlan. Den besvärande livssituationen skulle därmed leda till

personlighetsförändringar i form av psykisk ohälsa. Enligt denna förklaring är alltså de höga nivåerna av internaliserad skam, den nedsatta affektmedvetenheten och tendensen till högre grad av somatisering hos vestibulitpatienterna i vår undersökning en konsekvens av sjukdomen. En tredje förklaring är att olika individer skiljer sig åt i förhållande till hur de uppfattar och reagerar på kroppsliga sensationer. Enligt denna förklaring besväras personer som mår psykiskt dåligt i högre grad än andra av olika kroppssymtom. Detta kan vara en förklaring till det höga sambandet mellan internaliserad skam och självs kattad somatisk ohälsa i undersökningen.

Dessa förklaringar utesluter inte varandra. Det är fullt möjligt att psykisk ohälsa bidrar till somatiska problem hos vissa personer medan psykiska problem är en konsekvens av den försämrade hälsan hos andra. Ytterligare en möjlighet är att de individer som mår psykiskt dåligt har en försämrad hälsa, men samtidigt reagerar starkare på dessa fysiska besvär än andra.

Resultatet av vår begränsade undersökning i kombination med den forskning som finns på området stärker oss i uppfattningen att vulvavestibulit är en multifaktoriell och multisystemisk sjukdom. Graziottin och Brotto (2004) är de forskare som enligt oss bäst beskriver och förklarar hur samlagssmärta utvecklas till det kroniska smärttillstånd som ofta kännetecknar vestibulit. Dessa forskare kombinerar, enligt oss, de tre psykosomatiska förklaringsmodeller som redogörs för ovan till en komplex bild över hur predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer samverkar vid vestibulit.

### **För- och nackdelar med studien**

Studiens begränsning består framförallt i ett litet antal deltagare. Detta innebär att resultatet inte kan generaliseras till populationen vestibulitpatienter. När undersökningen planerades var målet att minst 30 kvinnor med vestibulit skulle delta för att resultaten skulle få en större tyngd. Vi etablerade kontakt med ett stort antal mottagningar i Skåne, där man behandlar kvinnor med vestibulit, men nådde ändå inte det uppsatta målet. En anledning till det begränsade antalet testpersoner var att flera av våra kontakter av olika anledningar inte bidrog med patienter. Trots att de behandlare som slutligen hjälpte oss ansträngde sig upplevde vi det problematiskt att

behöva gå via sjukvården. Vi hade haft större kontroll över processen om vi varit i direkt kontakt med patientgruppen genom att vara en del av organisationen. På grund av ämnets känsliga karaktär föll det sig naturligt att låta den behandlare som redan etablerat en kontakt med patienten distribuera och samla in materialet.

Studien har även vissa metodologiska brister (Shaugnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2003). Urvalet av patienter till studien har inte varit slumpmässigt i den bemärkelsen att vi dragit stickprov ur en större population. Vi har heller inte valt ut våra testpersoner på särskilda premisser utan helt enkelt testat de kvinnor som via mottagningarna tackat ja till att medverka i studien. När det gäller kliniska grupper är det svårare att göra ett slumpmässigt urval än när det gäller en normalpopulation. På grund av att vi inte ville öka våra medhjälparens arbetsbörda ytterligare gjordes ingen bortfallsanalys. Genom samtal kunde dock konstateras att uppemot hälften av de tillfrågade patienterna avböjt medverkan. Den grova uppskattningen av bortfallet är en klar brist i undersökningen eftersom det ytterligare påverkar generaliserbarheten.

En fördel med de test som använts i undersökningen är att de är standardiserade och dokumenterade i många studier, vilket ger våra mätningar ökad validitet och reliabilitet. Användandet av självskattningsformulär är på många vis positivt. I vår undersökning var det en fördel eftersom ifyllandet av självskattningsformulär inte är lika utelämnande för individen som till exempel en intervju. Vi hoppades att vi på så sätt skulle kunna nå fler kvinnor med vestibulit. En nackdel med självskattningsformulär är att svaren bygger på individens subjektiva bedömning av svarsalternativen. Till exempel kan en tvåa på en skala mellan ett till fem ha varierande innebörd för olika personer. En annan nackdel är att svaren dessutom bygger på individens subjektiva bedömning av sig själv. Detta kan vara vanskligt då människor har olika god självkänedom och troligtvis skiljer sig åt avseende benägenheten att utelämnat sig själva i en testsituation, trots anonymiteten. Det är enligt Lundh och Simonsson-Sarnecki (2001) väl känt att människors skattning av sin personlighet, känslomässiga upplevelser och somatiska symtom påverkas av olika former av bias. Självskattningsformulär mäter framförallt individens uppfattning om sitt emotionella fungerande, snarare än det faktiska fungerandet. Det hade därför kunnat vara en fördel att kombinera självskattningsformulär med mer objektiva

bedömningar. Framförallt gäller detta TAS-20, då det kan ses som motsägelsefullt att själv bedöma sin affektmedvetenhet i de fall denna är nedsatt.

En fördel med studien är att den närmar sig ett ämne som vanligtvis ligger utanför psykologens arbets- och forskningsområde. Vi tycker därför att det är viktigt och intressant att öka kunskapen om vulvavestibulit inom psykologin. Eftersom skam och affektmedvetenhet oss veterligen inte undersökts tidigare i denna patientgrupp har vi förhoppningsvis bidragit till nya idéer som kan undersökas vidare.

Genom att belysa vestibulit ur ett psykologiskt perspektiv vill vi bidra till den fortsatta utvecklingen av ett mer tvärvetenskapligt synsätt och integrerat arbetssätt.

### **Framtida forskning**

Framförallt vore det intressant att replikera undersökningen i en större grupp och kombinera den med mer objektiva bedömningar i form av till exempel behandlingspersonalens observationer. En annan möjlighet är att undersöka affektmedvetenheten och affektintegrationen hos dessa kvinnor med hjälp av affektintervjun, en intervjumetod som utvecklats av Monsen (1991, 1994). Intervjun genomförs genom deltagande observation och resultatet har ett starkt samband med kvaliteten i testpersonens interpersonella relationer och mentala hälsa. Eftersom självskattningstest mäter den medvetna bedömningen av individens fungerande hade test som mäter omedvetna försvarsmekanismer, som till exempel perceptgenetiska test, kunnat bidra till en djupare förståelse av det emotionella fungerandet hos kvinnor med vulvavestibulit. Då en kvantitativ studie framförallt säger något om vestibulitpatienter som grupp i förhållande till ett begränsat antal variabler vore det intressant att utvidga forskningen med mer kvalitativa studier. Till exempel skulle en intervjustudie med fenomenologisk ansats kunna ge en bättre bild av dessa kvinnors livssituation.

Troligtvis kommer inte forskningen att leda fram till en entydig förklaring av hur den kroniska smärta som kännetecknar vulvavestibulit uppkommer, även om detta naturligtvis inte kan uteslutas. Det är därmed av största vikt att framtida studier, såväl

som diagnostisering och behandling av den enskilda kvinnan, utgår från en integrerad helhetssyn där biologiska, psykologiska och sociala faktorer beaktas.

Världshälsans utseende är på väg att förändras eftersom sjukdomar relaterade till psykosociala förhållanden spelar en allt större roll. För att få grepp om den nya ohälsan måste vi öppna oss för ett gränsöverskridande perspektiv, den traditionella vetenskapliga uppdelningen i sociologi, psykologi och medicin kan bli kontraproduktiv. Förståelsen för framtidens sjukdomar måste till stor del ta fasta på människan i hennes sammanhang (Währborg, 2002).

## REFERENSER

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 33-40.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., & Pagidas, K. (1997). Vulvar vestibulitis syndrome: A critical review. *Clinical Journal of Pain, 13*, 27-42.
- Bergeron S., Binik Y. M., Khalifé S., Pagidas K., & Glazer H. I. (2001). Vulvar vestibulitis syndrome: Reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstetrics and Gynaecology, 98*, 45-51.
- Bohm-Starke, N., & Rylander, E. (2000). Vulvavestibulit svårbehandlat tillstånd med oklar etiologi. *Läkartidningen, 97*, 4832-4836.
- Bohm-Starke N., & Rylander E. (2001). Vulvavestibulit behöver inte vara förbryllande. *Läkartidningen, 98*, 718.
- Bohm-Starke, N., Hilliges, M., Brodda-Jansen, G., Rylander, E., & Torebjörk, E. (2001). Psychophysical evidence of nociceptor sensitization in vulvar vestibulitis syndrome. *Pain, 94*, 177-183.
- Bohm-Starke, N., Hilliges, M., Falconer, C., & Rylander, E. (1999). Neurochemical characterization of the vestibular nerves in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecologic and Obstetric Investigation, 48*, 270-275.
- Bornstein, J., Maman, M., & Abramovici, H. (2001). "Primary" versus "secondary" vulvar vestibulitis: One disease, two variants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 184*, 28-31.

Bornstein J., Zarfati D., Goldik Z., & Abramovici H. (1999). Vulvar vestibulitis: Physical or psychosexual problem? *Obstetrics and Gynaecology*, 93, 876-880.

Brotto, L. A., Basson, R., & Gehring, D. (2003). Psychological profiles among women with vulvar vestibulitis syndrome: A chart review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(3), 195-204.

Claesson, K. (1997). *Internalized Shame Scale*. Svensk översättning. Uppsala: Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet.

Claesson, K., & Sohlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 277-284.

Cook, D. R. (1994). *ISS. Internalized Shame Scale*. Professional manual. Menomonie, Wisconsin: Channel press.

Cook, D. R. (1996). Empirical studies of shame and guilt: The Internalized Shame Scale. I D. L. Nathanson (red.), *Knowing feeling: Affect, sex and the birth of the self*. New York; London: Norton.

Danielsson, I. (2001). *Dyspareunia in women with special reference to vulvar vestibulitis*. Umeå: Umeå Universitet.

Danielsson I., Eisemann M, Sjöberg I, & Wikman M. (2001). Vulvar vestibulitis: A multi-factorial condition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 456-461.

Danielsson, I., Sjöberg, I., Stenlund, H., Wikman, M. (2003). Samlagssmärta hos kvinnor vanligt, inte minst hos yngre. Smärtanamnes och kvinnans ålder ger god vägledning för diagnos. *Läkartidningen*, 100, 2128-2132.



Danielsson I., Sjöberg I., & Wikman M. (2000). Vulvar vestibulitis: medical, psychosexual and psychosocial aspects, a case-control study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79, 872-878.

De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 36, 1655-1677.

De Gucht, V., & Heiser, W. (2002). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425-434.

Dotevall, G. (2001). *Stress och psykosomatisk sjukdom: Främst mag-tarmbesvär*. Lund: Studentlitteratur.

Friedrich, E. G. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 32, 110-114.

Gates, E. A., & Galask, R. P. (2001) Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22(4), 221-228.

Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview with treatment applications. I P. Gilbert, & J. Miles (red.), *Body shame. Conceptualisation, research and treatment* (s. 3-54). New York: Brunner-Routledge.

Gilbert, P., & Miles, J. (red.). (2002). *Body shame. Conceptualisation, research and treatment*. New York: Brunner-Routledge.

Gilbert, S. C., & Thompson, J. K. (2002). Body shame in childhood and adolescence: Relations to general psychological functioning and eating disorder. I P. Gilbert, & J. Miles (red.), *Body shame. Conceptualisation, research and treatment* (s. 55-74). New York: Brunner-Routledge.

- Goetsch, M. F. (1991). Vulvar vestibulitis: Prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 164, 1609-1617.
- Graziottin A., & Brotto L. A. (2004). Vulvar vestibulitis syndrome: A clinical approach. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 125-139.
- Grimbel, S. (2002). *Studier i ett symptom i tiden: Svenska praktikers uppfattningar om vestibulit*. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.  
Psykologexamensuppsats.
- Havnesköld, L., & Risholm Mothander, P. (2002). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber.
- Helström, L. (1994). Gynekologiska tillstånd och sexuell funktion. I Lundberg, P. O. (red.), *Sexologi* (s. 285-296). Falköping: Almqvist och Wiksell medicin, Liber utbildning.
- Kaufman, G. (1993). *The psychology of shame. Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York: Routledge.
- Kooiman, C. G., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia. A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083-1090.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University press.
- Lerner, M. (1999). *Psykosomatik: kroppens och själens dialog*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lodnert, G. (2002). Prostate cancer and body shame with special regard to sexual functioning. I P. Gilbert, & J. Miles (red.), *Body shame. Conceptualisation, research and treatment* (ss. 186-202). New York: Brunner-Routledge.

Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 519-530.

Lundh, L-G., & Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of Personality*, 69(3), 483-509.

Lutwak, N., Panish, J., & Ferrari, J. (2003). Shame and guilt: Characterological vs. behavioral self-blame and their relationship to fear of intimacy. *Personality and Individual Differences*, 35, 909-916.

Mariani, L. (2002). Vulvar vestibulitis syndrome: An overview of non-surgical treatment. *Journal of Reproductive Medicine*, 42, 145-152.

Meana M., Binik Y. M., Khalifé S., & Cohen D. R. (1997a). Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 561-569.

Meana M., Binik Y. M., Khalifé S. & Cohen D. R. (1997b). Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics and gynaecology*, 90, 583-589.

Monsen, J. T. (1991). *Klinisk psykologi: Om personlighetsutveckling och terapi*. Stockholm: Runa

Monsen, J. T. (1994). *Personality disorders and intensive psychotherapy focusing on affect consciousness: A prospective follow-up study*. Oslo: Psykologisk institutt.

Nathanson, D. (red.). (1987). *The many faces of shame*. New York: Guilford.

Nathanson, D. (1992). *Shame and pride: affect, sex and the birth of the self*. New York; London: Norton.

Nunns D., & Mandal D. (1997). Psychological and psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *Genitourin Medicine*, 73(6), 541-544.

- Nylander Lundquist, E., Hofer, P. Å., Olofsson, J., & Sjöberg, I. (1997). Is vulvar vestibulitis an inflammatory condition? A comparison of findings in affected and healthy women. *Acta Dermato-Venereologica*, 77, 319-322.
- Paavonen, J. (1995). Diagnosis and treatment of vulvodynia. *Annals of Medicine*, 27, 175-181.
- Parker, J. D. A., Taylor, J. T., & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York; Berlin: Springer.
- Rylander, E., Larsson, P. G., & Frankman, O. (1994). Vulvodyn. Ett tilltagande problem hos unga kvinnor. *Läkartidningen*, 91, 618-620.
- Sacket, S., Gates, E., Heckman-Stone, C., Kobus, A. M., & Galask, R. (2002). Psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *Journal of Reproductive Medicine*, 47(9), 775.
- Sapolsky, R. (2003). *Varför zebror inte får magsår*. Stockholm: Natur och kultur.
- Sellgren U., Voog E. & Zöger S., (2000). Ytliga samlagssmärter – ett komplext smärtsyndrom. *Läkartidningen*, 97, 5343-5345.
- Shaugnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2003). *Research methods in psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-263.
- Simonsson-Sarnecki, M., Lundh, L-G., Törestad, B., Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2000). A Swedish translation of the twenty-item Toronto

Alexithymia Scale: Cross-validation of the factor structure. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 25-30.

Sivik, T. (1995). Individens (psykosomatiska) sjukdomar och den bio-psyko-sociala utvecklingen. I T. Sivik, & T. Theorell (red.), *Psykosomatisk medicin* (ss. 137-179). Lund: Studentlitteratur.

Sjöberg I. (2001). Vulvavestibulit ”ny” diagnos som förbryllar gynekologen. Multifaktoriellt tillstånd med psykosomatisk komponent. *Läkartidningen*, 98, 422-423

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, J. T., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277-283.

Van Lankveld, J. J. D. M., Weijnen, P. T. M. & ter Kuile, M. M. (1996). Psychological profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. *Obstetrics and Gynaecology*, 88, 65-70.

Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.

Wilhelmsen, I. (1999). *Hypokondri och kognitiv terapi*. Smedjebacken: Fäth & Hässler.

Währborg, P. (2002). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och kultur.

<http://www.infomedica.se/artikel.asp?CategoryID=10938> (publiceringsdatum: 22 april, 2004).

## BILAGA I

### INFORMATION

#### Utvärdering av vestibulitpatienters psykologiska situation

Vi är två psykologstudenter som ska skriva vår examensuppsats om vestibulit, ytliga samlagssmärtor. Vi tänker ha en bred ansats och beskriva och diskutera tillståndet vestibulit, men vi vill också utvärdera vilka känslor och upplevelser som kan vara aktuella när man är smärtpatient. Detta vill vi undersöka med hjälp av tre självskattningsformulär.

Det är helt frivilligt att delta i projektet och du kan avbryta din medverkan när du vill utan att det påverkar din fortsatta kontakt med sjukvården. Ingen inom sjukvården kommer kunna ta del av dina svar. Deltagande innebär att man fyller i de tre självskattningsformulären som medföljer. Detta tar ca 20 minuter. Uppgifterna kommer enbart användas i psykologexamensuppsatsen där de kommer behandlas anonymt.

Jag har tagit del av informationen ovan och ger mitt medgivande till att delta i utvärderingsprojektet:

Namn: \_\_\_\_\_

Ort & datum: \_\_\_\_\_

## **BILAGA II: frågeformulär med bakgrundsfaktorer till vestibulitpatienter**

Är du diagnostiserad vestibulitpatient?

I så fall, fyll i följande och därefter de tre självskattningsformulären som följer. I annat fall behöver du inte fylla i formulären.

När insjuknade du?

Vilket var ditt första symtom?

När fick du din diagnos?

Har du fått någon behandling? I så fall vilken?

Hur gammal är du?

Vad har du för utbildning?

Vad har du för huvudsaklig sysselsättning?

Är du singel?                      särbo?                      sambo?                      gift?

Har du barn?

**När du fyller i formulären är det viktigt att du svarar på samtliga påståenden och inte hoppar över något. Om inget svarsalternativ känns helt rätt väljer du det som bäst stämmer överens med din upplevelse.**

**Tack för din medverkan!**



**BILAGA III: frågeformulär med bakgrundsfaktorer till kontrollgruppen**

**PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS**

**Fyll i följande uppgifter:**

Hur gammal är du?

Vad har du för utbildning?

Vad har du för huvudsaklig sysselsättning?

Är du: Singel? Särbo? Sambo? Gift?

Har du barn? Ja Nej

**Ringa in det alternativ som stämmer bäst överens med din upplevelse:**

Upplever du vaginal smärta i samband med samlag?

Aldrig Sällan Ibland Ofta Nästan alltid

**Om du svarat: "Ibland", "Ofta" eller "Nästan alltid" var god svara på följande fråga:**

Hur länge har du besvärats av dessa smärtor?

.....  
.....

**Uppgifterna kommer enbart att användas i psykologexamensuppsatsen där de kommer behandlas anonymt.**

**När du fyller i formulären är det viktigt att du svarar på samtliga påståenden och inte hoppar över något. Om inget svarsalternativ känns riktigt rätt väljer du det som bäst stämmer överens med din upplevelse.**

**Var noga med att läsa igenom instruktionen för varje formulär.**

**Tack för din medverkan!**