

Personlighet och Alexitymi hos unga kvinnor med samlagssmärta – en pilotstudie

Zackarias Jerneck

Psykoterapeutexamensuppsats 2015

Handledare: Karin Sjöström
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Abstract

Aim. To investigate personality, alexithymia and personal relations in a cohort of seven women with superficial dyspareunia based on either LPV (localized provoked vestibulodynia) or painful vaginism. The purpose was to find background personality variables to address later in psychotherapy.

Methods. Personality measurements were performed using Cloninger's Temperament and Character Inventory – revised (TCI-R). Alexithymia was assessed by using the Swedish version of Toronto Alexithymia Scale – TAS-20. A semi-structured scale that focused on sexual problems and relations was constructed by the author.

Results. Most women showed a personality profile with specific temperament and character traits. They can be described as cautious, careful, insecure, orderly, pessimistic, reflective, reserved, slow-tempered, solitary, stoical, systematic, and can be categorised as rigid, scrupulous and/or passive-dependent and they are close to fall out as alienated, obsessional and passive-avoidant.

Conclusions. These women with LPV differ in personality, report difficulties in relations, have a tight bond to their mothers and are missing their absent fathers. More research needs to be done to point out the etiology of the psycho-somatic explanations to dyspareunia. The results show how important it is to consider the psychological aspects in the care of women with dyspareunia and to allow them to be offered psychological assessment and treatment.

Keywords: alexithymia, character, dyspareunia, personality, psychosomatics, TCI-R, temperament, Temperament and Character Inventory – Revised, Toronto Alexithymia Scale, Twenty-item Toronto Alexithymia Scale, vaginismus, vestibulodynia.

Introduktion

Prevalensen för ytlig samlagssmärta eller ytlig dyspareuni har i en populationsbaserad undersökning (Danielsson, Sjöberg, Stenlund och Wikman, 2003) uppskattats till 13% hos unga kvinnor i åldersgruppen 20-29 år. I en studie av Elmerstig, Wijma och Svanbergh (2008) uppgav hälften (49%) av gruppen kvinnor (13-21 år) som besökte ungdomsmottagningen smärta vid samlag den senaste månaden. 47% i årskurs tre på gymnasiet upplevde samlagssmärta och/eller obehag "ibland" till "varje gång" (Elmerstig, 2009). Berglund, Nigaard och Rylander (2012) rapporterar att 34 % av kvinnorna i deras studie alltid upplevde smärta eller att det kändes som att det brände vid samlag och ytterligare 13 % hade samlagssmärta ibland. Elmerstig et al (2008) uttrycker att deras studie saknar psykologiska perspektiv. I en senare studie av Elmerstig, Wijma och Swahnberg (2013) berättar cirka 40 % av unga kvinnor att de inte vill avbryta ett samlag som gör ont av hänsyn till sin partner. De vill inte förstöra för honom eller vill inte avbryta för att det skulle kännas dumt. I samma studie berättar cirka 60 % av kvinnorna att de simulerar sexuell njutning eftersom partnern kan bli besviken om kvinnan inte njuter av samlaget. Leener, Hengartner, Ajdacic-Gross, Rössler, Angst (2015) har undersökt psykologiskt välbefinnande och personlighetsfaktorer hos kvinnor i åldern 30-50 med dyspareuni och har funnit ett samband mellan dyspareuni och depression samt personlighetsdraget nervositet och de rekommenderar att diagnostik och terapeutiska strategier ska baseras på såväl fysiologiska som psykologiska faktorer.

Prevalensen av lokal provocerad smärta i yttre genitalia, så kallad lokaliserad provocerad vestibulodyni (LPV), tidigare vulvavestibulit (76.3 ICD10), har skattats till minst 5 % av kvinnor i tjugo- till trettioårsåldern (Rylander, 2010). Trots att vissa gynekologiska tillstånd kan ge upphov till samlagssmärta hittar man ofta inga gynekologiska sjukdomar som kan förklara dessa tillstånd utan man har ansett att smärtan är psykosomatisk, det vill säga har starka psykologiska influenser. Vaginism eller slidkramp (N94.2 ICD 10) är ett annat tillstånd som kan finnas ensamt eller i kombination med LPV (Rylander, 2010). Vaginism beskrivs som en slidkramp som gör det smärtsamt, ofta omöjligt, att penetrera introitus. Det är en omedveten reflex som inte går att påverka med viljan genom att slappna av och vaginism blir således ett uttryck för samspelet mellan kropp och själ. Vaginsim kan beskrivas som ett försvar

mot något kvinnan är rädd för, medvetet eller omedvetet (Gustavii Koskinen, 2010). I denna studie har enbart unga kvinnor med ytlig dyspareuni till följd av LPV eller smärtsam vaginism undersökts. Denna studie är en för författaren första ansats till ökad kunskap i ämnet.

Bakgrund

Psykologiska faktorer. Det psykologiska/psykosociala perspektivet på smärta utgår ofta från att smärtan förstärks av psykologiska, känslomässiga faktorer. Man kan betrakta ytlig samlagssmärta utan känd organisk orsak som en psykosomatisk sjukdom ur ett etiologiskt perspektiv men också som ett psykologiskt lidande som härrör från smärttillståndet. Det kan sänka livskvalitén att inte kunna ha samlag, det är svårt att behöva säga nej till sin partner och man kan känna sig annorlunda med risk för att bli övergiven. En viktig uppgift kan då vara att hjälpa denna patientgrupp genom psykologiska interventioner. På ungdomsmottagningarna i Sverige bedrivs hälsoarbete för barn och ungdomar som rör psykologiska och sexuella problem. Ett av de större problemen som rör unga kvinnor är smärta vid samlag och försök till samlag. Backman, Widenbrant, Bohm-Starke och Dahlöf (2008) kom fram till att det hjälpte med en multi-disciplinär behandlingsmodell av sexolog och barnmorska men att det inte fanns riktade psykoterapeutiska behandlingsmetoder och att kunskapen om den eventuella psykologiska bakgrunden till denna typ av smärttillstånd var ringa. Det finns olika psykoanalytiska teorier som skulle kunna förklara tillståndet men standardiserade undersökningar av psykosocial situation, personlighet och relationsproblematik saknas.

Om man tänker att besvären har en psykologisk/psykogen bakgrund och/eller att psykologiska/personlighetsmässiga faktorer spelar in och/eller bidrar till symtombilden skulle det vara intressant att identifiera dessa personlighetsmässiga faktorer, både på individ och grupp nivå. Om det visar sig att dessa faktorer pekar på ett eller flera personlighetspsykologiska/personlighetsmässiga problemområden kan generella riktlinjer utarbetas. Det finns också en möjlighet att det finns subgrupper med olikartad psykologisk etiologi vilket styrker behovet av att undersöka personlighetsvariabler. Om de kliniska fynden pekar på personlighetsproblematik eller personlighetsstörning fordras en klinisk bedömning av psykolog eller psykoterapeut med kompetens på detta område.

Personlighet. Ett antal instrument har under 1900 talet utvecklats för att kunna ringa in personlighetsvariabler som riskfaktorer för olika psykiska sjukdomar och tillstånd.

Ett av de mer sofistikerade instrumenten är Cloningers instrument TCI-R

(Temperament and Character Inventory, Revised). TCI-R är ett

personlighetsinventorium som används för att beskriva personligheten som en

egenskap bestående av två delar: Temperament and Character (www.tci-sverige.se).

Temperamentsdimensionerna beskriver personlighetstypen och

Karaktärsdimensionerna avgör sannolikheten för att personligheten kan klassificeras

som en personlighetsstörning. Temperamentsfaktorerna Novelty Seeking (NS), Harm

Avoidance (HA), Reward Dependence (RD) och Persistence (Per) refererar till hur

individerna automatiskt reagerar känslomässigt på upplevelser och erfarenheter. Dessa

temperamentsdrag anses vara nedärvda och stabila genom livet.

Karaktären beskrivs genom faktorerna Self-Directedness (SD), Cooperativeness (CO)

och Self-Transcendence (ST). Karaktärsdragen anses beskriva självet, individuella

skillnader i mål och värderingar som påverkar val, intentioner och den upplevda

meningen av ens erfarenheter. Samtliga personlighetsaspekter interagerar med

varandra och påverkar anpassningen till livserfarenheter och påverkar

predispositionen för emotionella och beteendemässiga störningar (Cloninger, C.R.,

Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., & Wetzel, R.D., 1994).

TCI har utvecklats för att beskriva individuella skillnader i personligheten både hos

personer med normala och avvikande personlighetsdrag. TCI har testats både på olika

normalpopulationer och olika psykiatriska populationer och har visat sig användbart i

praktiskt kliniskt arbete, vid diagnostisering och vid differentialdiagnostiska

frågeställningar. TCI har visat sig användbart i utredningen av komorbida psykiatriska

sjukdomstillstånd eftersom skillnader mellan olika psykopatologiska tillstånd kan

kopplas till skillnader i TCI-profilen. Individens personlighetsprofil med högt

och/eller lågt på dimensioner/delskalor ger diagnostiskt viktig information vid

personlighetsstörningar.

Alexitymi. Sifneos myntade 1973 begreppet Alexitymi mot bakgrund av kliniska

observationer. Patienter med psykosomatiska sjukdomar visade svårigheter att

uttrycka sig verbalt kring känslor, verkade sakna fantasi och hade ett sätt att förhålla

sig till omvärlden genom att de orienterar sig mot omgivningen i högre grad än

gentemot sig själv och sitt inre (Bagby, Parker & Taylor, 1994). Termen *alexitymi* är grekiska och betyder ”oförmåga att läsa sinnet” (Prismas Främmande Ord, 2000) men översatt till svenska skrivs det ofta ”utan ord för känslor” (Ek Rasmussen & Petersson, 2012). Om vi antar att smärtproblematik och samlagssmärter har korrelerat i individens förmåga att så som Per Johnsson uttrycker det ”minding the body” så skulle man kunna tänka sig att kunskap kring förekomsten av alexitymi skulle underlätta diagnos och behandling av denna patientgrupp (föreläsning 2013-05-07 på Psykoterapeutprogrammet, Lunds universitet). Det skulle kunna vara intressant att se förekomst av alexitymi på gruppnivå, men minst lika viktigt är att man som behandlare är öppen för denna typ av svårigheter i mötet med denna patientgrupp.

Taylor, Bagby & Parker, (1997) redogör för utvecklingen av psykologiska perspektiv på psykosomatiska sjukdomar. De lyfter fram Ruesch och MacAlpines teori att svårigheter att hantera och bearbeta känslor spelar en större roll än konflikter på neurotisk nivå när det kommer till klassiska psykosomatiska sjukdomstillstånd.

Schur (1955 i Taylor, et al, 1997) föreslog att somatiska sjukdomar till viss del skulle kunna vara en konsekvens av en regression av affekter till en fas i utvecklingen när individen är oförmögen att försvara sig mot stress. Engel (1955, 1968) och Schmale (1958, 1972) i Taylor et al (1997) fann en koppling mellan att sjukdomen inträder eller förvärras och känslor av hjälplöshet och hopplöshet som väcks till liv av en nyligen inträffad separation eller förlust av en viktig relation.

Syfte

Syftet med denna pilotstudie är att bidra till utvecklingen av en fokuserad psykologisk behandlingsmodell för LPV genom att identifiera faktorer som personlighet, förekomst av alexitymi och relationsproblematik.

Frågeställningar.

- Hur ser personligheten ut hos unga kvinnor med samlagssmärta?
- Har unga kvinnor med samlagssmärta alexitymi, det vill säga har de svårt att känna igen och sätta ord på sina egna känslor, har de mer fokus på andras känslomässiga upplevelse än på sin egen?
- Har denna patientgrupp svårigheter i relationer till andra?

Hypoteser.

- Att dessa personer, i jämförelse med en normalpopulation, avviker personlighetsmässigt.

-Att denna patientgrupp har alexitymi, det vill säga svårigheter med att känna igen och sätta ord på känslor och har större fokus på andras känslomässiga upplevelse än på sin egen.

-Att denna patientgrupp har svårigheter i relationer.

Metod

Deltagare. Kvinnor i åldrarna 18 till 22 år (M = 20 år 5 månader) som debuterat sexuellt och har rapporterat smärta vid samlag med en eller flera partners med en duration på minst 6 månader. Samtliga var patienter på Ungdomsmottagningen och hade av läkare diagnostiserats med Ytlig dyspareuni, Vaginism och/eller LPV. Några av kvinnorna hade sökt gynekologisk hjälp, några sökte psykoterapeutisk hjälp för andra problem eller andra symtom. Beroende på vilken profession patienten först har sökt hjälp hos har hon också fått hjälp att söka sig till den andra professionen. Sex av intervjupersonerna har diagnostiserats av specialisläkare och varit i kontakt med barnmorska på Ungdomsmottagningen. En av deltagarna har endast sökt psykoterapeutisk hjälp och inte sökt gynekolog eller barnmorska för sina besvär. Denna deltagare har diagnostiserats av KS/ZJ via symtom och besvär genom journaluppgifter. Diagnosgrupperna fördelade sig på följande sätt: Tre kvinnor hade fått diagnosen N941P Dyspareuni, tre kvinnor diagnosen 76.3 Vestibulodini/Vestibulit och en kvinna N94.2 Vaginism.

Författaren tillika intervjuaren av samtliga deltagare, var vid tiden för datainsamlingen anställd som psykolog på Ungdomsmottagningen. Barnmorskor, kuratorer, psykolog och läkare informerades om studien, dess syfte och metod och erhöll informationsblad riktade till personal (bilaga 1) och informationsblad riktade till presumtiva deltagare (bilaga 2). Till de anställda meddelades att studien är ett kliniskt utvecklingsarbete på Ungdomsmottagningen i Lund och Malmö. Tillstånd till projektet inhämtades av verksamhetschefen. Deltagarna tillfrågades av kurator, psykolog, barnmorska eller gynekolog. De fick både muntlig och skriftlig information (se bilaga 1, 2 och 3) och gav både sitt muntliga och skriftliga samtycke till att delta i studien innan intervjun började. De fick veta att de när som helst kan avbryta sitt deltagande i studien, att de kan avbryta eller neka att vara med i studien utan att det påverkar pågående behandling på Ungdomsmottagningen samt att den information de har delgivit kommer att behandlas enligt datalagen (PUL) och inte kommer att bifogas respektive journal.

Procedur

Samtliga deltagare intervjuades med en semistrukturerad intervju i cirka 25-30 minuter varefter de fick fylla i självskattningsformulär i cirka 30-45 minuter. Samtliga informanter har intervjuats av samma person (författaren) utifrån samma intervjumall (se bilaga 4). Fem deltagare intervjuades på den Ungdomsmottagning där de vanligtvis träffar sin behandlare. En person tog sig till en annan Ungdomsmottagning i samma stad. En person intervjuades utanför Ungdomsmottagningen. Sju kvinnor gav sitt samtycke och ingick i undersökningen.

Instrument.

Semi-strukturerad intervju (ZJ, KS) med fokus på sexualanamnes och relationer konstruerades. Intervjun omfattade tre områden – Sociodemografisk data, relationer till familj, vänner och sexualpartner samt sexualanamnes med fokus på de somatiska/gynekologiska besvär de lidit av. Intervjun bestod av 42 frågor som ansågs ha relevans för den aktuella studien. Intervjuguiden bifogas som bilaga 4.

TCI-R. Den svenska versionen av TCI-R är en reviderad version av TCI (Brändström, Cloninger, Sigvardsson, in press). TCI-R administrerades till samtliga deltagare i studien. Tillstånd att använda TCI-R inhämtades från Professor C.R. Cloninger via de ansvariga för TCI i Sverige, Sören Sigvardsson, Docent, Psykolog och Sven Brändström, PhD och Psykolog (e-postkorrespondens 2015-02-05). Samtliga deltagare beskrev sig själv och sin personlighet genom att skatta sig på en skala mellan 1 till 5 på 240 olika ”items” som ger en profil med 7 dimensioner och 36 subskalor. I kliniska sammanhang är det intressant när en person profilerar sig på en eller flera dimensioner eller subskalor. När T-värdet är ≥ 60 eller ≤ 40 anses personens T-värde – på en dimension eller subskala – avvika från en normalpopulation.

TCI-R. mäter ”*Temperament and Character*”. Temperamentsfaktorerna Novelty Seeking (NS), Harm Avoidance (HA), Reward Dependence (RD) och Persistence (Per) refererar till hur individen automatiskt reagerar känslomässigt på upplevelser och erfarenheter. Dessa temperamentsdrag anses vara nedärvda och stabila genom livet.

Karaktären beskrivs genom faktorerna Self-Directedness (SD), Cooperativeness (CO) och Self-Transcendence (ST). Karaktärsdragen anses beskriva självet, individuella skillnader i mål och värderingar som påverkar val, intentioner och den upplevda meningen av ens erfarenheter. Samtliga personlighetsaspekter interagerar med varandra och påverkar anpassningen till livserfarenheter och påverkar

predispositionen för emotionella och beteendemässiga störningar (Cloninger, C.R., Przybeck, T.R, Svrakic, D.M, & Wetzel, R.D., 1994).

Till varje påstående får man genom en femgradig skala gradera hur väl ett påstående stämmer in på en själv. Graderingen är: (1= Helt fel, 2= Stämmer ganska dåligt, 3= varken rätt eller fel, 4= Stämmer ganska bra, 5= Helt rätt). Utifrån profilen på TCI kan man tolka en persons personlighet utifrån aspekter av temperament och karaktär (Brändström, Cloninger, Sigvardsson, in press). Testformuläret är översatt till svenska men när man talar om teorin som testet bygger på används de engelska termerna (www.tci-sverige.se). TCI-R-formuläret är skyddat enligt lagen om upphovsrätt och kan därför inte publiceras här.

Utfallet på en delskala eller subskala anses vara högt när T-värdet är mer än eller lika med 60, det vill säga en standardavvikelse eller mer över medel. Utslaget på en delskala eller subskala anses vara lågt när T-värdet är mindre än eller lika med 40, det vill säga en standardavvikelse eller mer under medel. Kombinationen av högt eller lågt på temperamentsskalorna ger utslag för olika personlighetskategorier, till exempel "NS=låg – HA=hög – RD=låg" innebär att personen är "obsessional" det vill säga tvångsmässig i sin personlighetsprofil.

Personligheten kan beskrivas utifrån ett högt eller lågt värde på de sju dimensionerna. Beroende på utfall presenteras dimensionerna i korta ordalag i diskussionen. Hur personligheten kan beskrivas utifrån låga eller höga värden på respektive dimension och/eller subskala beskrivs ingående i manualen(Cloninger, C.R., Przybeck, T.R, Svrakic, D.M, & Wetzel, R.D., 1994).

Eftersom TCI ansågs ha för låg reliabilitet för vissa populationer utvecklades en reviderad version, TCI-R, 1999. Svartsblanketten ändrades till en "Likert-skala" 1-5 och några subskalor till Persistence och Self-Directedness lades till. I utvecklingen av TCI-R jämförde Brändström, Richter, och Nylander (2003) TCI och TCI-R och fann ekvivalens mellan versionerna. Studien gav stöd åt sjufaktormodellen för personlighet och det konstaterades att TCI-R är en användbar metod för att undersöka personlighet i termer av *Temperament and Character* både i kliniska sammanhang och i forskningssammanhang.

Svrakic, Whitehead, Przybeck och Cloninger (1993) kom fram till att TCI kan användas för att få indikation på personlighetsstörningsdiagnos och även möjlighet att differentialdiagnostiskt skilja mellan olika varianter av personlighetsprofil. Svrakic et al (1993) kom fram till att två av subskalorna för karaktärsdimensionen, SD och CO

är lägre hos personer med personlighetsstörningsdiagnos varför dessa subskalor anses predicera förekomst av personlighetsstörning medan temperamentsfaktorerna visar typ av personlighet.

I TCI-R finns inbyggda skalor som tar hänsyn till faktorer kring social önskvärdhet men dessa har Brändström och Sigvardsson av upphovsmannen (Cloninger) inte rätt att sprida (e-postkorrespondens med Sven Brändström, 27 april 2015).

Individens personlighetsprofil med högt och/eller lågt på dimensioner/delskalor ger diagnostiskt viktig information vid personlighetsstörningar. *Temperamentsdimensionerna* beskriver personlighetstypen och *Karaktärsdimensionerna* avgör sannolikheten för att personligheten kan klassificeras som en personlighetsstörning.

TAS - 20 (Toronto Alexithymia Scale) är ett självskattningstest där deltagaren skattar sig själv kring tjugo påståenden som avser att beskriva tre dimensioner av alexitymi: *svårighet att identifiera känslor*, *svårigheter att beskriva känslor* och *externt orienterat tänkande*. Skalan som utvecklades av Bagby, Parker och Taylor (1994) anses ha god realibilitet och validitet och är det mest använda instrumentet för att undersöka alexitymi (Simonsson-Sarnecki, 2000).

I den här pilotstudien används den svenska versionen av TAS-20 som anses ha god reliabilitet med Cronbachs alfa på 0.83 (Simonsson-Sarnecki, 2000). Deltagaren skattar sig själv kring tjugo påståenden på en likert-skala från ett (1) till fem (5). 1 = helt fel, 2 = ganska fel, 3 = varken rätt eller fel, 4 = ganska rätt, 5 = helt rätt. Skattningspoängen varierar från 20-100. Över 61 indikerar alexitymi, under 51 är icke alexitymi. 52-60 möjlig alexitymi (Taylor, et al, 1997). TAS-20 administrerades till samtliga deltagare i studien.

Dataanalys.

Intervju. Svaren på intervjufrågorna sammanställdes och jämfördes för att undersöka likheter/olikheter mellan informanterna. Svaren på intervjufrågorna matades in i en datafil i statistikberäkningsprogrammet SPSS[®] version 22.

TAS-20. Svaren analyserades genom sammanräkning av summan för hela formuläret och för respektive subskala och jämfördes med förekommande gränsvärden. Svaren på frågorna i TAS-20 matades in i en datafil i SPSS version 22.

TCI-R. Svaren analyserades genom datorrättningsversionen av TCI-R. Dataprogrammet tillhandahölls av de ansvariga för TCI i Sverige, psykologerna Sören

Sigvardsson och Sven Brändström. Respektive persons svarsprofil analyseras utifrån vilka delskalor och subskalor som avviker mer än en standardavvikelse från medelvärdet. Exempel på TCI- profil finns på www.tci-sverige.se. T-värdena för respektive delskala och subskala matades in i en datafil i statistikberäkningsprogrammet SPSS[®] version 22

Etiska överväganden

Uppsatsens ämnen samlagssmärta, personlighet och relationer är alla aspekter av en individs liv som är känsliga för uppmärksamhet och genomlysning. Det kan till exempel vara känsligt att för en främmande person ingående beskriva och förmedla sina upplevelser av sex och relationer eller att få frågor om övergrepp eller smärta i underlivet.

Som psykolog i Sverige förväntas man uppbära ett etiskt förhållningssätt som baseras på *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*. Några av ledorden i dessa principer är *rättigheter, värdighet, respekt, förtrolighet, tystnadsplikt, informerat samtycke, valfrihet och självbestämmande*. Arbetet med studien och mötet med respektive individ och intervjumaterial har skett med respekt för den enskilde individen.

Undersökningen gjordes som ett utvecklingsarbete på två ungdomsmottagningar i södra Sverige. Deltagarna fick både muntlig och skriftlig information (se bilaga 1, 2 och 3) och gav både sitt muntliga och skriftliga samtycke till att delta i studien. De fick veta att de när som helst kan avbryta sitt deltagande i studien, att de kan avbryta eller neka att vara med i studien utan att det påverkar pågående behandling på Ungdomsmottagningen samt att den information de har delgivit kommer att behandlas enligt datalagen (PUL) och inte kommer att bifogas respektive journal.

Resultat

Samlagssmärta. Samtliga personer uppgav att de lider av yttlig samlagssmärta och har upplevt smärta vid samlag i någon form. Sex av sju personer har inte kunna använda tampong på grund av smärta och/eller obehag. Fyra personer berättade att besvären uppstod eller upptäcktes i samband med sexdebuten. Två personer fick besvär 6 -18 månader efter sexdebuten.

Övriga smärttillstånd. De flesta har haft två andra smärttillstånd i kroppen, framförallt i tvärstrimmig muskulatur som huvudvärk, smärta i ländrygg och/eller spänningar i nacke och axlar.

Sexuella trauma. Två stycken rapporterade traumatiska upplevelser i samband med samlag och en deltagare kopplade ihop upplevelsen av övergreppet med smärtan. De flesta (6/7) hade haft sex med en eller flera personer som de hade en dålig relation till.

Kroppsupplevelse. Fem av sju kvinnor berättade att de inte är nöjda med sin kropp.

Socialt. Sex av sju personer hade pojkvän, en var singel. De flesta (5/7) bodde fortfarande hemma trots att 6/7 var ≥ 20 år.

BMI. Tre av sju (42%) var underviktiga enligt BMI.

Debut. Fem av sju debuterade sexuellt ≤ 16 års ålder.

Tabell 1

Sociodemografiska data och biologiska variabler. N=7

| | M | SD | Spridning |
|--------------------|----------|-----------|------------------|
| Ålder | 20 | 1.4 | 18-22 |
| Sexdebut | 16 | 1.8 | 14-20 |
| BMI | 19 | 2.0 | 16-22 |
| Duration av smärta | 4.6 | 2.1 | 1.3-7.7 |
| Utbildningsnivå | N=2 | | gymnasie |
| | N=5 | | högskola |

Relationer. De flesta kvinnorna rapporterade goda relationer till sina mödrar. Fyra av sju kvinnor rapporterade en dålig relation till sin pappa. Samtliga kvinnor i studien hade minst en nära vän med spridning 1-5. De flesta (6/7) hade avslutat nära relationer med vänner genom att säga upp bekantskapen.

Alexitymi (TAS-20, Toronto Alexithymia Scale). Ingen av kvinnorna skattade sig som alexityma och alla hade låga poäng ($M = 36(SD=7)$).

Personlighet (TCI-R, Temperament and Character Inventory). Endast en deltagare uppfyllde kriterierna för personlighetsstörning på *Karaktärsdimensionen*. Däremot var avvikelser på *Temperamentsdimensionen* större vilket talar för att gruppen representerar avvikelse i personlighetstyp. Det fanns gemensamma personlighetsdrag i gruppen. Tre kvinnor avvek från gruppen men hade även de en särpräglad personlighet.

I Tabell 2 nedan presenteras hur stor procentandel av undersökningsgruppen som skiljer ut sig på respektive dimension eller subskala. Deltagarna skattade sig lågt på *Novelty Seeking* (NS) och impulsivitet (NS2), högt på *Harm Avoidance* (HA) och osäkerhet (HA2), högt på social känslighet (RD1) och socialt beroende (RD4) samt lågt på varma relationer (RD2) och social anknytningsförmåga (RD3). Hälften

skattade sig högt och hälften lågt på Persistence (uthållighetsvariabler och motivation). Deltagarna skattade sig högt på ansvarstagande (SD1) och självaccepterande (SD4) samt högt på empati (CO2) och på samvete (CO5) samt lågt på både empati (CO2) och medkänsla (CO4).

Tabell 2

Individer (N= 7) med T-värden $T \leq 40$ eller $T \geq 60$ för de olika Temperament- och Karaktärsdimensionerna i TCI-R. Antal individer (n) med procent inom parentes.

| | T\leq40 n(%) | T\geq60 n(%) |
|---------------------------------|--|--|
| NS_NoveltySeeking | 4 (57) | 0 |
| NS1_Nyfikenhet | 3 (43) | 0 |
| NS2_Impulsivitet | 5 (71) | 0 |
| NS3_Extravagans | 4 (57) | 1 (14) |
| NS4_Ooorganiserad | 4 (57) | 0 |
| HA Harm Avoidance | 0 | 4 (57) |
| HA1_Förväntansångest_pessimism | 0 | 2 (29) |
| HA2_Osäkerhet | 0 | 5 (71) |
| HA3_Blyghet | 2 (29) | 3 (43) |
| HA4_Kraftlöshet_Trötthet | 0 | 3 (43) |
| RD Reward Dependence | 0 | 2 (29) |
| RD1_Social_Känslighet | 0 | 4 (57) |
| RD2_Varma_relationer | 3 (43) | 1 (14) |
| RD3_Social_anknytningsförmåga | 3 (43) | 1 (14) |
| RD4_Socialt_Beroende | 1 (14) | 4 (57) |
| PS Persistence | 3 (43) | 3 (43) |
| PS1_Motiverad_starta_ett_arbete | 2 (29) | 1 (14) |
| PS2_Uthållighet | 3 (43) | 2 (29) |
| PS3_Ambitionsnivå | 2 (29) | 2 (29) |
| PS4_prestationsnivå | 2 (29) | 3 (43) |
| SD | 1 (14) | 2 (29) |
| SD1_Ansvartagande | 0 | 3 (43) |
| SD2_Målmedvetenhet | 0 | 1 (14) |
| SD3_Resursmognad | 1 (14) | 1 (14) |
| SD4_Självacceperande | 1 (14) | 4 (57) |
| SD5_Målinriktat_beteende | 0 | 2 (29) |
| CO | 3 (43) | 0 |
| CO1_Social_tolerans | 0 | 2 (29) |
| CO2_Empati | 1 (14) | 3 (43) |
| CO3_Hjälpsamhet | 0 | 0 |
| CO4_Medkänsla | 1 (14) | 1 (14) |
| CO5_Samvete | 0 | 2 (29) |
| ST | 1 (14) | 2 (29) |
| ST1_Kreativitet_fantasi | 1 (14) | 1 (14) |
| ST2_Samhörighetskänsla | 2 (29) | 2 (29) |
| ST3_Andligt_acceperande | 0 | 2 (29) |

I tabell 3 ses utslag för tre olika personlighetskategorier, rigid, samvetsgrann och passivt beroende. I dessa grupper ses också alienation, tvångsmässighet, rigiditet, passivt undvikande och passivt beroende.

Tabell 3.

Personlighetsdrag och traditionella personlighetskategorier[#] enligt TCI-R för varje individ.

| patient | NS | HA | RD | PERSONLIGHETSTYP [#] |
|---------|---------|---------|---------|--|
| 1 | 49 | 83(hög) | 41 | Alienerad, tvångsmässig |
| 2 | 25(låg) | 61(hög) | 61(hög) | PASSIVT BEROENDE , passivt undvikande |
| 3 | 31(låg) | 47 | 62(hög) | SAMVETSGRANN |
| 4 | 58 | 52 | 59 | Narcissistisk |
| 5 | 29(låg) | 52 | 59 | Samvetsgrann, passivt beroende |
| 6 | 17(låg) | 63(hög) | 43 | RIGID , tvångsmässig |
| 7 | 42 | 74(hög) | 42 | Passivt undvikande, alienerad, tvångsmässig |

[#]**Personlighetskategorier.** Kombinationen av högt eller lågt på temperamentsskalorna ger utslag för olika personlighetskategorier, till exempel ”NS=låg – HA=hög – RD=hög” innebär att personen utifrån traditionella personlighetskategorier är ”passive-dependent” [passivt beroende]. ”NS=låg – RD=hög” ringar in en ”Scrupulous”[samvetsgrann] person. ”NS=låg – HA=hög” kännetecknar en ”Rigid” [rigid] person.

Diskussion

I studien sågs att samtliga deltagare hade haft samlagssmärta i samband med sexualdebuten och att många haft samlag med personer som de inte hade varma känslor för. De flesta hade en negativ kroppsuppfattning. Ett negativt förhållande till fadern hittades hos två tredjedelar av deltagarna. De flesta uppgav en mycket nära relation till modern. Deltagarna har en personlighet enligt TCI-R som avviker från normalpopulationen. Studien fann inga belägg för alexitymi hos deltagarna. Undersökningsgruppen är för liten för att ge statistiskt säkerställd information kring personlighetsvariabler som kan generaliseras till alla individer med samlagssmärta. Hos tre av de undersökta kvinnorna fanns en personlighet som avviker från en normalpopulation med hög grad av tvångsmässighet. Alltså bekräftas hypotesen att de avviker personlighetsmässigt från en normalpopulation och hypotesen att de har svårigheter med relationer medan hypotesen att de har alexitymi förkastas.

Winberg & Salomonsson hävdar att unga vuxna med en *etablerad identitet* har en god förmåga till mogna intima relationer. De som fortfarande befinner sig i ett *moratorium* har goda relationer till vänner men mer sällan goda kärleksrelationer och de med *forcerad identitet* eller *identitetsdiffusion* uppvisar en liknande men ytligare relationsbild. Kidwell, Jeannie, et al (1995) kom fram till att ungdomar som fortfarande var i färd med att utforska sin identitet visade en ökad tendens till tvivel på sig själva, förvirring, impulsivitet, kroppsliga symtom och konflikter med såväl föräldrar som andra auktoriteter. Winberg & Salomonson (2007) redogör för Erikssons hållning att en lösning på identitetskrisen är en förutsättning för att den unga vuxna ska kunna etablera nära och varaktiga relationer. I studien kan kvinnornas mycket nära relation till modern kopplas till respektive identitetsutveckling vilket skulle kunna påverka relationen till partnern. Utifrån Greenspan & Pollock (1991), i Winberg & Salomonson, (2007) – ”*Relationen mellan tonåringar med forcerad identitet i senadolescensen [18-20 år] och deras föräldrar präglades av väl stor närhet, medan relationerna när det gällde tonåringar med identitetsdiffusion utmärktes av stor distans.*” – skulle de unga kvinnor som i studien beskrev en mycket nära relation till sin moder kunna tolkas som att de har en forcerad identitet. Detta stämmer överens med att de har goda relationer till vänner medan samlagssmärterna kan bero på brister i förmågan till mogna intima relationer.

Flera av kvinnorna liknar varandra i hur de beskriver sin personlighet. Fyra av dem är räddhågsna och undviker situationer som kan innebära fara och/eller obehag

(Harm Avoidance). De är osäkra i sina relationer till andra vilket även visar sig i relationen till män i allmänhet och till sexualpartners i synnerhet. Detta kan kopplas till att de har eller har haft fokus på sin sexualpartner och då på hans upplevelse istället för att ha fokus på sig själv och fokus på att bejaka sina egna behov. Detta kan även relateras till deras benägenhet att gå med på eller säga ja till sexuellt umgänge utan att fråga sig om de själva har lust. Många uppger att de inte själva tar initiativ till sex.

Undersökningsgruppen är för liten för att ge statistiskt säkerställd information om personligheten hos alla individer med samlagssmärta. Den trend som hittades avseende personlighetsproblematik skulle kunna vara intressant även om undersökningsgruppen är liten. Dels bekräftar det tidigare fynd, som diskuteras nedan, dels bekräftar det klinisk erfarenhet – att den här patientgruppen har problem som kan beskrivas utifrån personlighet.

Den profil som framträder med låg skattning av Novelty seeking, hög på Harm avoidance och Reward dependence stämmer överens med personer som beskrivs som passivt beroende, men det är bara en person som svarat så att hon faller inom gränserna för denna personlighetstyp. Vad som är intressant är att de flesta i gruppen skattar sig som personer som kan beskrivas som *analytiska och som kräver detaljerad information för att fatta beslut eller som grund för diskussioner eller åsikter och som sällan handlar utifrån gissningar. De väntar sig misslyckande eller olycka vilket främst framträder när de är osäkra [i intima relationer?] men som kan förekomma även i ofarliga situationer också då de får stöd och försäkras. De har svårt att komma över kränkningar och pinsamma erfarenheter, tar knappt risker, har svårt för att ändra på invanda rutiner. De beskriver sig också som inkännande och förstående individer som har lätt för att känna vad andra människor känner och erfar samma känslor i sig själv samtidigt som de är i stort behov av känslomässigt stöd och gillande från andra, bryr sig om vad andra tycker och kan ha en benägenhet att söka överbeskydd och dominans från andra vilket innebär att de håller tillbaka för att tillfredsställa andra [sin partner?]. De beskriver sig även som oförmögna till nära och personliga relationer, distanserade och ointresserade av sociala relationer vilket innebär att de föredrar avskildhet framför närhet och intimitet.* Beskrivningarna baseras på TCI-manualen (Cloninger, et al, 1994). Enligt beskrivningen av *ambivalent anknytningstil* i ASQ-manualen, den svenska versionen (1996) består ambivalensen i individens behov av både *bifall* och *distans* vilket pekar på svårigheter att

känslomässigt förhålla sig till nära relationer eftersom det är svårt för individen att både känna tillit och beroende samtidigt som hon anser att nära relationer är viktiga för att erhålla acceptans och stöd för sin person. Effekten av ett sådant anknytningsmönster skulle i så fall bli att individen pendlar mellan dessa olika upplevelser av den nära relationen (Tengström & Håkansson, 1996). I termer av anknytning skulle deltagarna enligt beskrivningen ovan kunna ha en ambivalent anknytningsstil.

Några tidigare studier har undersökt samlagssmärta och personlighetsvariabler (Nylander Lundqvist & Bergdahl, 2005; Danielsson, Eisemann, Sjöberg, Wikman, 2001; Meana, Binik, Khalife, Cohen, 1997; Badin, 2010; Leener, et. al., 2015). Nylander Lundqvist & Bergdahl (2005) fann att svenska kvinnor med LPV hade en personlighetsprofil med specifika temperaments- och karaktärsdrag. Temperamentsdragen var osäkerhet, försiktighet och pessimism mätt med Temperament and Character Inventory (TCI). I karaktärsdimensionen fann man att de upplevde att beteende och val låg utanför deras kontroll eller gick mot deras vilja. Författarna drar slutsatsen att dessa faktorer kan forma en personlighetsprofil som resulterar i en ökad sårbarhet i intima relationer och kan utgöra en riskfaktor för depression och ångest. Leener, et. al. (2015) har undersökte psykologiskt välbefinnande och personlighetsfaktorer hos kvinnor i åldern 30-50 med dyspareuni och fann ett samband mellan dyspareuni och depression. De visade på tendenser till samband mellan dyspareuni och personlighetsdrag som karaktäriseras av försiktighet i relation till andra och somatisering men endast signifikant samband för nervositet. De rekommenderar att diagnostik och terapeutiska strategier ska baseras på såväl fysiologiska som psykologiska faktorer.

Nylander undersökte 30 deltagare med vestibulodyni. De var 18-28 år ($M = 21$ år, 6 mån) jämfört med 18-22 år ($M = 20$ år, 5 mån) i den här studien. Kvinnorna i den studien hade längre duration av sitt smärttillstånd jämfört med denna studie ($M = 4$ år och 7 månader resp. 2 år 6 mån). De jämförde resultaten på TCI mot en kontrollgrupp på 500 personer. De använde TCI, här används den reviderade versionen med högre validitet och reliabilitet, TCI-R. Denna studie kan sägas stödja Nylanders fynd även om stödet inte kan säkerställas statistiskt.

Även andra studier som använt TCI-dimensionerna hos den här patientgruppen har hittat en personlighetsprofil med hög skattning av Harm Avoidance (Danielsson, Eisemann, Sjöberg, Wikman, 2001). I Danielssons studie var

kvinnorna 18-25 år och deltagarna fyllde i formulär. Meana, Binik, Khalife, Cohen, (1997) gjorde en studie med liknande design som denna studie men den hade fler deltagare (105), som likt Nylanders studie jämförts med en matchad kontrollgrupp på lika många personer. Meanas deltagare var 19-66 år (M = 36 år) och genomgick strukturerad intervju med fokus på annan smärtproblematik, sexuell funktion och övergrepp. Meanas studie visade att kvinnor med Dyspareuni hade större psykisk ohälsa, större förekomst av negativa attityder till sex och större nedsättning i sexuell funktion än kontrollgruppen. Genom att dela in kohorten i subgrupper utifrån fynd i den gynekologiska undersökningen visade Meanas dessutom att mönstret av signifikanta skillnader jämfört med kontrollgruppen varierade beroende på typ av dyspareuni. Det fanns fler psykologiska symtom och större svårigheter i relationen i gruppen med dyspareuni där man inte hittat några fysiska anledningar till smärtan. De som led av vulvavestibulit led mest av nedsättning i sexuell funktion men denna subgrupp hade inte fler eller högre andel psykologiska symtom jämfört med kontrollgruppen. Detta skulle kunna vara intressant eftersom det kan jämföras med både fynden från Nylander som enbart undersökte kvinnor med vestibulodyni (tidigare vulvavestibulit) och ändå hittade specifika personlighetsdrag, och med denna studie som likt Meanas studie hade kvinnor med olika typer av dyspareuni men ändå hittade tendenser till diskrepans i förhållande till en tänkt normalgrupp.

Badin, J. (2010) har i en kandidatuppsats undersökt korrelationen mellan samlagssmärta och personlighet mätt med the Big Five i en nätbaserad studie av 100 kvinnor i åldrarna 16-33, M = 23 år 5 mån. Kvinnorna delades upp i de som hade eller inte hade diagnos, och som ansåg sig ha besvär eller inte ansåg sig ha besvär. Badin fann en korrelation mellan dyspareuni och neuroticism(oro, nervositet, osäkerhet) enligt (Badin, 2010). Det kan anses modernt och djärvt att låta deltagarna svara på en enkät på nätet men det är komplicerat att förhålla sig till resultatet eftersom det är svårt att kontrollera urvalsprocessen samtidigt som det är spännande att Badin finner en korrelation vilket talar för att det finns en större anledning att undersöka denna patientgrupp psykosomatiskt.

Denna studie fann inga belägg för alexitymi hos deltagarna. Detta kan bero på storleken av kohorten och ett typ II fel. Sifneos (1967) och Nemiah och Sifneos (1970) i Taylor, et al (1997) beskrev att ”*not all patients with psychosomatic diseases manifest alexithymic characteristics*”.

Metoddiskussion. Specifikt och en fördel för metoden i denna studie är att alla deltagare intervjuades av samma intervjuare. Kvinnorna fick möjlighet att fråga vid ifyllande av skattningsskalorna. Personliga intervjuer ger mer information men kan vara hämmande ifråga om känsliga ämnen. Svaren i denna studie har varit mycket öppna och detaljerade vilket visar på att denna faktor troligen inte inverkat menligt på svaren. Deltagarna fick fylla i samma formulär och svara på frågor i samma ordningsföljd. Däremot har de diagnostiserats av olika läkare och har kanske fått olika besked och behandling från sin barnmorska beroende på vilken mottagning de besökte. Bemötande och behandling kan variera från en mottagning till en annan och olika läkare kan göra olika bedömningar. Studien hade kanske kunnat förbättras, ifråga om urval och träffsäkerhet, genom att samtliga diagnostiserades av samma läkare med specialkunskaper inom området.

Framtida forskning. Det går inte att dra några säkra slutsatser av resultaten i denna studie som kan generaliseras till hela patientgruppen med samlagssmärta. De fynd som gjordes avseende personlighetsaspekterna är dock mycket intressanta då det stämmer med kliniska iakttagelser. En studie bör göras med fler deltagare och med något annorlunda design som standardiserade skalor om sexuella problem och smärtskattning. I en sådan studien bör diagnostiken av den ytliga samlagsmärtan utföras av samma läkare med specialkunskap om vulvasjukdomar.

Referenser

- Backman, H., Widenbrant, M., Bohm-Starke, N., Dahlof, L.G. (2008). Combined physical and psychosexual therapy for provoked vestibulodynia-an evaluation of a multidisciplinary treatment model. *Journal of Sex Research*. 45:378-85.
- Badin, J. (2010). *Dyspareuni och Big Five. En kvantitativ korrelationsstudie om sambandet mellan samlagssmärter och personlighet*. (Kandidatuppsats), Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Bagby, M., Parker, J., & Taylor, G. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23- 32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Berglund AL, Nigaard L, Rylander E. (2002). Vulvar pain, sexual behavior and genital infections in a young population: a pilot study. *Acta Obstet Gynecol Scandinavia*. 81:738-42.
- Brändström S, Cloninger CR, Sigvardsson S. (in press) The Swedish version of the Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R). Manuscript.
- Brändström, S., Richter, J., Nylander, P. O. (2003). *Further development of the Temperament and Character Inventory*. Psychological Reports, 93, 995-1002.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R, Svrakic, D.M., & Wetzel, R.D., (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to Its Development and Use*. St. Louis, MO: Centre for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Danielsson, I, Eisemann M, Sjöberg, I, Wikman, M. (2001). Vulvar vestibulitis – a multi-factorial condition. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108:456-461.
- Danielsson, I, Stenlund, H., Sjöberg, I, Wikman, M. Samlagssmärta hos kvinnor vanligt, inte minst hos yngre. Smärtanamnes och kvinnans ålder ger god vägledning för diagnos. *Läkartidningen*, (2003) 100, 2128-2132.

Ek Rasmussen, S. & Petersson, T. (2012). *Mentaliseringsförmåga hos unga vuxna – en jämförande studie mellan en klinik grupp och en normalgrupp* (Psykoterapeutexamensuppsats), Lunds universitet, Institutionen för psykologi.

Elmerstig, E. (2009). *Painful ideals-Young Swedish women's ideal sexual situations and experiences of pain during vaginal intercourse*. Linköping: Medicinska Fakulteten, Linköping University.

Elmerstig, E., Wijma, B. & Bertero, C. (2008). Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *Journal of Adolescent Health, 43*(4), 357-363.

Elmerstig, E., Wijma, B. & Swahnberg, K. (2009). Young Swedish women's experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 88*, 98-103.

Elmerstig, Wijma & Swahnberg (2013). Prioritizing the partner's enjoyment: a population-based study on young Swedish women with experience of pain during vaginal intercourse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 34*(2), 82-89.

Elmerstig, E., Wijma, B., Swahnberg, K (2009). Young Swedish women's experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 88*: 98-103.

Gustavii Koskinen, B. (2010). Sexologi ur kvinnans perspektiv. I P.-O. Janson & B.-M. Landgren, (Red.), *Gynekologi* (pp. 332-333).

Karukivi, M & Saarijärvi, S (2014). Development of alexithymic personality features. *World Journal of Psychiatry, 4*(4): 91–102.

Kidwell, J. S., Dunham, R. M., Bacho, R. A., Pastorino, E., Portes (1995). Adolescent identity exploration: A test of Erikson's theory of transitional crisis. *Adolescence, 30*. 120:786-793.

Leener B., Hengartner M.P., Ajdacic-Gross V., Rössler W., Angst J. Dyspareunia in the Context of Psychopathology, Personality Traits, and Coping Resources: Results From a Prospective Longitudinal Cohort Study From Age 30 to 50. *Archives of sexual behavior*(2015). DOI 10.1007/s10508-014-0395-y.

Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen, D. R. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics & Gynecology* 1997;90:583–589.

Mueller, J., Buehner, M. (2006). Two facets of non-expression of emotions: Relationship between dimensions of alexithymia and the repressive coping style. *Personality and Individual Differences* 41:1337–1347.

Nylander Lundqvist, E. & Bergdahl, J. (2005). Vestibulodynia (former vulvar vestibulitis): Personality in affected women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(4): 251–256.

Rylander, E. (2010). Vulvasjukdomar. I P.-O. Janson & B.-M. Landgren, (Red.), *Gynekologi* (pp. 204-206).

Simonsson-Sarnecki, M., Lundh, L-G., Törestad, B., Bagby, M., Taylor, J., & Parker, J. (2000). A Swedish translation of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Cross-validation of the factor structure. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41:25-30.

Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50:991-999.

Taylor, G.J., Bagby R.M. & Parker, D. A. (1997) *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press.

Tengström, A. & Håkansson, A. (1996). ASQ-manualen, den svenska versionen, version 2, Rättspsykiatriska avdelningen Stockholm.

Wrangsjö, B. & Winberg Salomonsson, M. (2006). *Tonårstid. Utveckling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Stockholm: Natur och kultur.

Bilaga 1

Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

Till samtliga barnmorskor/gynekologer/kuratorer på Ungdomsmottagningen i Malmö och Lund.

Har du patienter som vill delta i en vetenskaplig studie om samlagssmärta?

Vi som arbetar med unga kvinnor med samlagssmärta behöver få ökad kunskap om vad det kan bero på och hur man som kvinna mår för att på så sätt kunna erbjuda bättre behandling.

På ungdomsmottagningen möter vi många unga kvinnor med den här typen av svår problematik. I den här situationen känner man sig ofta ensam. Vi behöver komma i kontakt med unga kvinnor som vill berätta om sig själv och sina besvär. Patienterna ska ha diagnostiserats med *Vestibulit, Vestibulodyni och/eller Samlagssmärta*.

Jag som genomför studien är leg. psykolog verksam inom Primärvården i Region Skåne – på Ungdomsmottagning och Vårdcentral – och gör studien som ett vetenskapligt arbete för utbildning på Lunds universitet. Intervjun tar cirka två timmar i anspråk och vi träffas på Ungdomsmottagningen.

Tacksam om ni presenterar studien som att:

”det finns en psykolog här på Ungdomsmottagningen som är intresserad av att öka kunskapen om kvinnor med samlagssmärta och han gör en vetenskaplig intervju om hur man har det när man har de här besvären”.

Deltagarna kan när som helst avbryta sitt deltagande i studien utan att det påverkar behandlingen på Ungdomsmottagningen. Informationen de ger kommer att behandlas enligt datalagen och kommer ej att bifogas deras journal. Denna information kommer att upprepas för de som är intresserade av att delta i studien.

De som kan tänka sig att medverka i studien ska anmäla sitt intresse till dig som barnmorska/gynekolog/kurator så kommer jag att ta kontakt. Du kan sedan ta kontakt med mig via telefon **0739/837385** eller Zackarias.Jerneck@skane.se

Zackarias Jerneck
Leg. Psykolog
0739/837385
Zackarias.Jerneck@skane.se

Karin Sjöström
Leg. Läkare, Medicine Doktor, Psykiater, Leg. Psykoterapeut
Karin.Sjostrom@med.lu.se

Bilaga 2

Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

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

Vi som arbetar med unga kvinnor med samlagssmärta behöver veta mer om vad det kan bero på och hur man som kvinna mår för att på så sätt kunna erbjuda bättre behandling.

På ungdomsmottagningen möter vi många unga kvinnor med den här typen av svår problematik. I den här situationen känner man sig ofta ensam. Vi behöver komma i kontakt med unga kvinnor som vill berätta om sig själv och sina besvär.

Jag som genomför studien är leg. psykolog verksam inom Primärvården i Region Skåne – på Ungdomsmottagning och Vårdcentral – och gör studien som ett vetenskapligt arbete för utbildning på Lunds universitet. Intervjun tar cirka två timmar i anspråk och vi träffas på Ungdomsmottagningen.

Om du kan tänka dig att medverka i studien anmäl ditt intresse till din barnmorska/gynekolog/kurator så kommer vi att ta kontakt med dig. Du kan ta kontakt via telefon 0739/837385 eller zackarias.jerneck@skane.se

Du kan när som helst avbryta ditt deltagande i studien utan att det påverkar din behandling på Ungdomsmottagningen. Informationen du ger kommer att behandlas enligt datalagen och kommer ej att bifogas din journal.

Zackarias Jerneck
Leg. Psykolog
0739/837385
Zackarias.Jerneck@skane.se

Karin Sjöström
Leg. Läkare, Medicine Doktor, Psykiater, Leg. Psykoterapeut
Karin.Sjostrom@med.lu.se

Bilaga 3

Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

Medgivande deltagande i vetenskaplig studie om samlagssmärta.

Namn: _____

Personnummer: _____

Jag ger härmed mitt skriftliga medgivande till att intervjuas i en vetenskaplig studie.

Jag har fått muntlig information om att det jag berättar behandlas med sekretess och enligt PUL, och att uppgifterna jag lämnar inte kommer kunna knytas till mig personligen eller bifogas journalen.

Jag ger också mitt medgivande till att psykolog Zackarias Jerneck får ta del av min journal på Ungdomsmottagningen.

Jag ger också mitt medgivande till att psykolog Zackarias Jerneck får kontakta mig i framtiden för uppföljning och/eller fördjupning av studien.

Kontaktuppgifter: _____

Plats: _____

Datum: _____

Underskrift: _____

Bilaga 4

Institutionen för psykologi

Intervjuguide uppsats samlagssmärter (Zackarias Jerneck och Karin Sjöström, 2015)

En kort semi-strukturerad intervju cirka 20-30 min med dessa frågor här nedan som följs av TAS-20 och TCI-R.

Upplägg vid möte med respektive smärtpatient:

semi-strukturerad intervju (30 min)

TAS-20 (5 min)

TCI-R (25 min)

Personuppgifter

Namn:

Födelsdatum:

Indexnummer:

Familj och psykosocialt

Vänner

Antal nära vänner (ange siffra):

Antal vänner du är i konflikt med (ange siffra):

Antal vänner som du har starka meningsmotsättningar med (ange siffra):

Antal vänner du sagt upp bekantskapen med (ange siffra):

Antal vänner du skulle vilja säga upp bekantskapen med (ange siffra):

Förälder 1 (mamma):

Födelseår:

Yrke/ utbildningsnivå: ()

grundskola (1), gymnasie (2), postgymnasial utbildning (3), universitet/högskola (4)

Hur känns relationen till mamma? Hör vad säger. Snäva in på om bra, dålig el neutral.

Relationen: () bra (1), neutral (2) el dålig (0):

Förälder 2 (pappa):

Födelseår:

Yrke/ utbildningsnivå: ()

grundskola (1), gymnasie (2), postgymnasial utbildning (3), universitet/högskola (4)

Hur känns relationen till pappa? Hör vad säger. Snäva in på om bra, dålig el neutral.

Relationen: () bra (1), neutral (2) el dålig (0):

För varje syskon

födelseår och månad samt om din relation till ditt syskon är bra (1) el dålig (0)

Syskon1: Syster/bror?

Vilken månad och vilket år var din bror/syster född?

Födelsedatum (år, månad):

Vad gör din bror/syster?

Hur känns relationen till bror/syster?

Relation: bra (1) el dålig (0) ?

Syskon2: Syster/bror?

Vilken månad och vilket år var din bror/syster född?

Födelsedatum (år, månad):

Vad gör din bror/syster?

Hur känns relationen till bror/syster?

Relation: bra (1) el dålig (0) ?

Syskon3:

Syster/bror?

Vilken månad och vilket år var din bror/syster född?

Födelsedatum (år, månad):

Vad gör din bror/syster?

Hur känns relationen till bror/syster?

Relation: bra (1) el dålig (0) ?

Föräldrarnas relation

Lever dina föräldrar tillsammans?

Har dina föräldrar levt tillsammans när du växte upp?

Om föräldrar skilda:

Hur gammal var du vid skilsmässan?

Hur mådde du (under dina föräldrars skilsmässa)?

Hur lång tid tog det för dig att bearbeta skilsmässan?

Hur agerade dina föräldrar? Vilken roll tog de?

2 Tidigare gynekologi/obstetrik

Nu tänkte jag komma in mer på problem och gynekologiska erfarenheter.

(Abort, barnafödande, missfall, tidigare smärtsamma ingrepp)

Har du varit med om några tidigare smärtsamma ingrepp hos gynekolog/barnmorska?

Tänkte mer om du har haft ngt missfall, om du har gjort ett avbrytande av graviditet el kanske tom har fött barn och det har varit jobbigt/besvärligt?

Sexual-anamnes:

När började du ha sex första gången?

Hur kände du honom?

(Klasskamrat, kompis, dans, fast)

Fast partner?

Bekant?

Okänd?

Hur minns du det?

om mindre ok tror du det har präglat (påverkat) din fortsatta syn på sexualitet?

Har du haft sex med någon annan efter det?

Antal sexualpartners:

Sexuella erfarenheter, (skatta respektive, bra (1), dålig (2))

1. relationen: () sexet: ()

2. relationen: () sexet: ()

3. relationen: () sexet: ()

4. relationen: () sexet: ()

5. relationen: () sexet: ()

6. relationen: () sexet: ()

Nu kommer vi in på det här ämnet med dina smärtor och dina problem. Många kvinnor har ju haft traumatiskt tidigt och har fått problem med sexualiteten av det?

Om vi då kommer in på det med samlagssmärta, har du det nu?

Jag har några frågor här kring olika saker men du kanske först vill beskriva dina problem?

Hur lång tid har du haft de här besvären? (månader, år) - i minst sex månader?

Vad har du fått för besked?

Har du haft infektioner eller andra problem i det området som kan ge smärta?

(-förekomst av svampinfektioner el andra biologiska/fysiska anledningar)

Kan du beskriva dem? Symtomen:

Är det så att när du har mens, att du inte kan använda tampong?

När märkte du det första gången?

Kan du berätta hur det känns?

När du har mens har du ont då?

Är det en ytlig eller djup smärta?

Kom det vid sexdebuten eller kom det senare?

Du beskrev innan att du haft några olika partners. De besvären du har beskrivit gäller det med samtliga sexpartners?

Om inte vad var skillnaden. Var de bättre sexpartners?

Ställa frågor och få fram detta:

-smärta när man för in ngt i slidan, t ex vid slidsamlag eller/och att det gör ont att sätta in en tampong?

-Tryckömhet vid slidöppningen?

-rodnad vid slidöppningen?

Relationen till den egna kroppen

Hur upplever du annars din kropp?

Är du nöjd med den och tycker den fungerar?

Om du bortser från sex som gör ont, är du nöjd med din sexualitet i övrigt?

Vad är det som påverkar det?

Övergrepp

I det här sammanhanget är det väldigt vanligt att man har varit utsatt för övergrepp.

Är det något du har varit med om?

Har du varit utsatt för sexuella övergrepp? (JA/NEJ)

Kommer du ihåg hur gammal du var?

Minns du vem det var?

Har du själv tänkt om det här kan påverka dina besvär?

Övergreppet var det i nära anslutning till besvären. (fördröjning? Ex 5 år efter övergreppet)

Har du berättat för någon?

Har du sökt PSYKOTERAPEUTISK hjälp?

Annan smärtproblematik:

Har du andra smärtor någon annanstans i kroppen? Om ja, ange var:

Hur känns det nu att ha blivit intervjuad om detta?

Om du har några ytterligare frågor eller kommentarer så får du gärna ringa mig eller min handledare.

Jag tackar för den här delen av intervjun. Nu skulle jag vilja be dig att fylla i de här formulären med frågor som är viktiga vid smärtproblem. TCI-R och TAS-20

Genom att delta i den här studien gör du alla kvinnor en tjänst för att det är viktigt.