

SAMMANFATTNING Provocerad vulvodyni rapporteras förekomma hos cirka 10 procent av kvinnorna i Europa och är den vanligaste orsaken till sexuell smärta hos unga individer. Tillståndet är komplext och beskrivs ofta som vulvasmärta. Ökad tonus i bäckenbottenmuskulaturen är vanligt. Behandlingen består av medicinska, psykologiska och fysioterapeutiska åtgärder som kan behöva anpassas i olika kombinationer utifrån ett personcentrerat arbetssätt. I den fysioterapeutiska behandlingen ingår kombinerad fysioterapi där främst patientutbildning och egenövningar, såsom bäckenbottenträning med fokus på avslappning, bör ingå. Fysioterapi har visat sig minska smärtan vid samlag och förbättra den sexuella funktionen, men fortsatt forskning om effekterna av olika behandlingar behövs. Specialistutbildade fysioterapeuter beskrivs ha en viktig roll för denna patientgrupp.

Fysioterapi är en viktig byggsten vid vulvodynibehandling

Vulvodyni definieras som smärta i vulvan som varar minst tre månader utan en tydlig orsak och kan klassificeras utifrån fyra olika aspekter: lokalisation, provokation, debut och tidsaspekt (1–4). Vid klassificering av lokalisation menas att smärtan kan vara lokaliserad till ett område i vulvan eller generaliserad till hela vulvan. Provokation avser om smärta utlöses vid fysisk kontakt eller inte. Debut avser om smärtan har upplevts sedan den första fysiska kontakten såsom vid penetration eller användning av tampong (primär vulvodyni), eller om personen upplever smärta efter att tidigare ha varit smärtfri (sekundär vulvodyni). Slutligen anges tidsaspekt, där smärtan kan klassificeras som till exempel konstant och intermittent (2–4).

Den vanligaste formen av vulvodyni är så kallad provocerad vulvodyni. Denna text fokuserar

på evidens för fysioterapi vid behandling av provocerad vulvodyni.

Vid provocerad vulvodyni upplevs smärta främst i det område i vulvan som kallas vestibulum. Det är ett område som ligger mellan de inre blygdläpparna, och sträcker sig från urinröret till baksidan av slidmynningen (5). Oftast beskriver patienter att smärtan har en brännande, stickande och knivskarp karaktär (3, 4, 6). Smärtan framkallas vid mekaniska stimuli såsom tryck och beröring, oavsett om dessa stimuli är sexuellt relaterade eller inte, och smärtan kan försvåra utförande av vissa aktiviteter såsom vaginalt samlag, gynekologiska undersökningar, användning av tampong, cykling och användning av åtsittande kläder (6–9).

Prevalensen varierar i studier mellan 7 och 28 procent (10–13), och en prevalens på 10 procent har visats i Europa (14). Provocerad vulvodyni

är den vanligaste formen av sexuell smärta och drabbar ofta yngre personer i åldrarna 20–30 år (4, 15). Utöver smärta förekommer ofta en ökad tonus i bäckenbottenmusklerna. I jämförelse med personer utan symtom har det setts att personer med provocerad vulvodyni har nedsatt funktion i bäckenbottenmuskulaturen i form av minskad styrka, uthållighet, snabbhet, koordination samt mindre tolerans till töjning (16–21). Överaktiviteten i bäckenbottenmusklerna kan vara en konsekvens av känslomässig påverkan eller sensitisering i nociceptorerna (5).

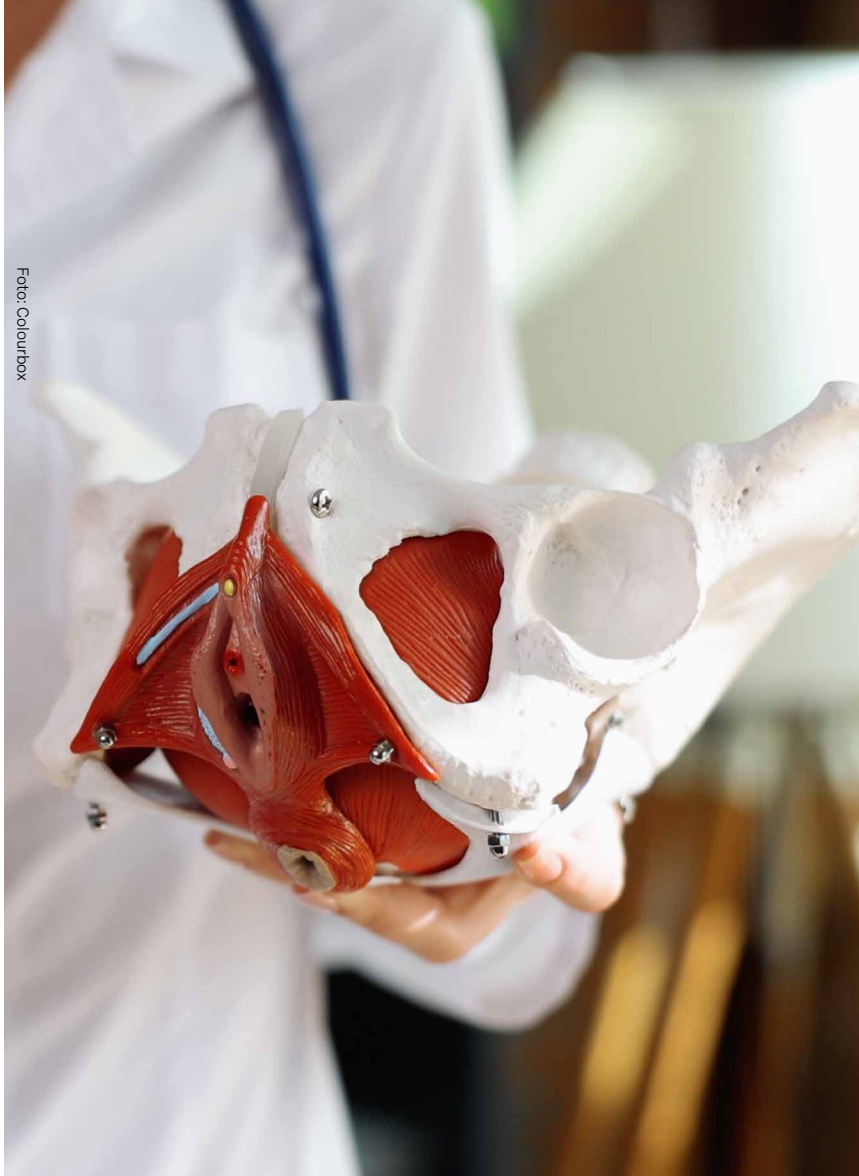
Det har tidigare diskuterats skillnader mellan subgrupperna primär och sekundär provocerad vulvodyni, där personer med primär vulvodyni verkar ha en mer komplex smärtproblematik än de med sekundär vulvodyni (22–24). Men när det i en tidigare studie undersökts skillnader i bäckenbottenmuskulaturen hos personer med primär och sekundär provocerad vulvodyni har man inte kunnat identifiera någon skillnad mellan dessa grupper. Det kan tyda på att liknande fysioterapeutiska åtgärder kan erbjudas till patienter oavsett om det handlar om primär eller sekundär vulvodyni (21).

Personer som lever med provocerad vulvodyni beskriver ofta en uppenbar negativ påverkan på livskvalitet, sexuell funktion, relationer, kommunikation med partner och självbild (25–28). I en studie beskrivs att de psykosociala effekterna av provocerad vulvodyni har en större inverkan på den drabbades liv än själva smärtan (29). Vulvasmärta påverkar även familjeplanering och förlossningsutfall (färre födselar, ökad sannolikhet för kejsarsnitt och instrumentell förlossning, samt ökad sannolikhet för perinealbristning) (30, 31).

Eftersom uppkomst av provocerad vulvodyni tros vara multifaktoriell bör multidisciplinära tillvägagångssätt övervägas eftersom både psykosociala och biomedicinska aspekter då kan beröras vid behandling (32). Det finns dock i dagsläget begränsad kunskap om effekterna av interdisciplinära och teambaserade behandlingsmetoder. En nyligen publicerad litteraturoversikt har inte kunnat hitta tillräcklig evidens för att rekommendera en specifik kombinerad eller interdisciplinär intervention på grund av heterogenitet i studierna (33). Detta tyder på flera studier om effekter av multidisciplinära tillvägagångssätt behövs.

Studier har identifierat olika beteendemöns-

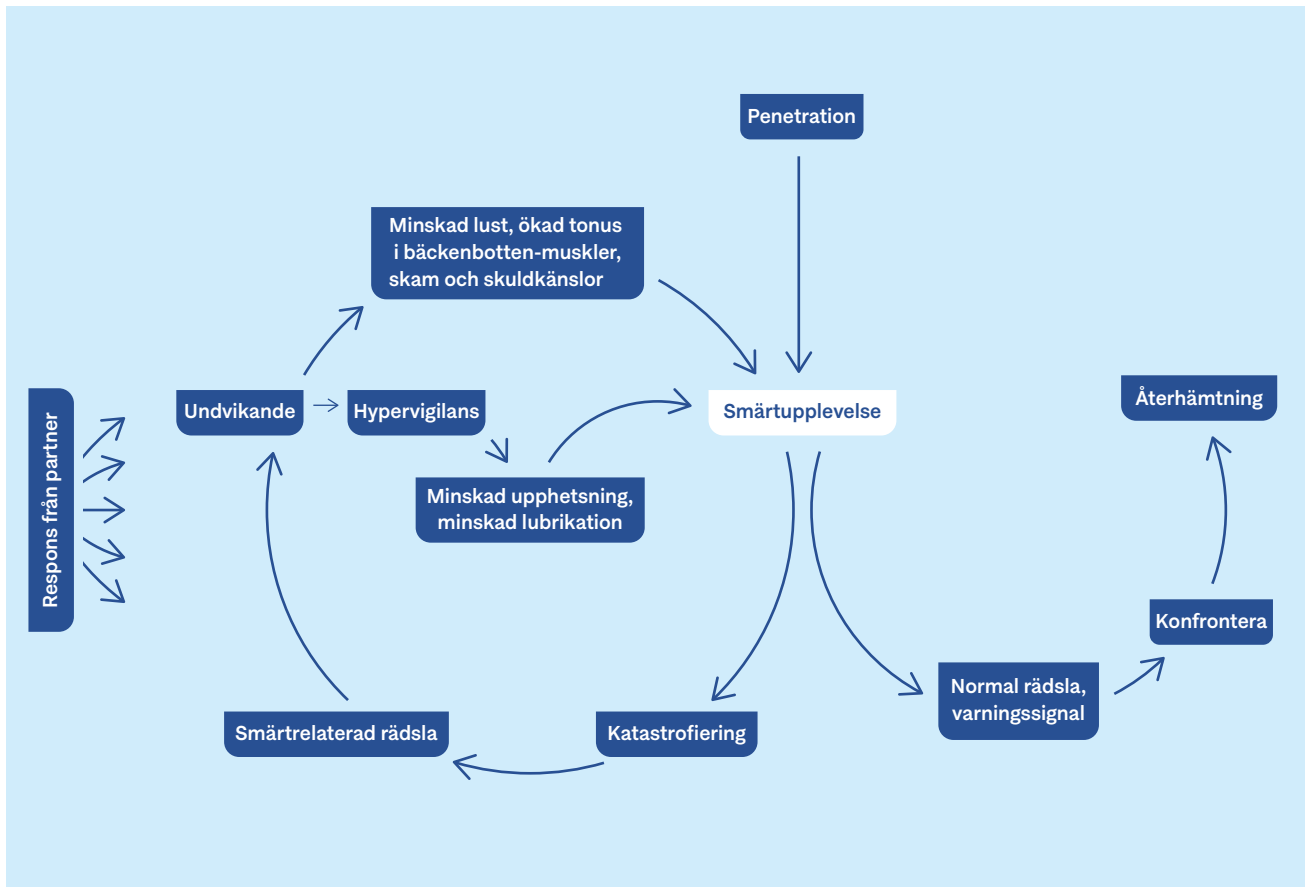
Foto: Colourbox



Ökad tonus i bäckenbottenmuskulaturen är vanligt vid provocerad vulvodyni.

ter hos personer med vulvasmärta för hur de hanterar smärta kopplat till sex. Dessa beteendemönster är: undvikande, uthärdande (att fortsätta med smärtsamma sexuella aktiviteter) och en kombination av båda beteendena; högre grad av undvikande beteende är associerat med lägre sexuell funktion, och en kombination av båda beteendestrategierna verkar ge det sämsta utfallet vad gäller sexuell funktion (34, 35). Eftersom rädsla, undvikande och katastrofiering hos personer med provocerad vulvodyni verkar likna beteendet vid andra typer av långvarig smärta, presenterades för tio år sedan en förklaringsmodell (rädsla-undvikande modell) som är anpassad för att förstå samspel mellan olika faktorer som är specifika för samlagssmärta (36, 37) (figur 1, nästa sida). Utöver de kognitiva och emotionella beteendena relaterade till smärta tar modellen hänsyn till smärtans påverkan på





Figur 1. Rädsla/undvikande modell för vulvodoni baserad på Thomtén och Linton, 2013. (Förenklad och översatt från engelska av författaren).

intimitet och partnerrespons (36). Det finns olika teorier kring uppkomsten av provocerad vulvodyni men etiologin är fortfarande inte helt klar (15). Det har tidigare presenterats teorier kring tidigare svampinfektioner, maladaptiva perifera och centrala smärtmekanismer, hyperinnervation, inflammation, genetiska och hormonella faktorer, psykologiska faktorer samt dysfunktion i bäckenbottenmuskulaturen (4, 10, 38–40). Troligtvis är det en kombination av biomedicinska och psykosociala faktorer som bidrar till att tillståndet utvecklas och att symtomen kvarstår (15, 41).

Andra tillstånd har tidigare associerats med provocerad vulvodyni: ångest, depression, interstitiell cystit, irritabelt tarmsyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, fibromyalgi (42–44). Det har också rapporterats att andra samtidiga smärttillstånd kan negativt påverka behandlings-

resultatet och att dessa patienter kan uppvisa en mer komplicerad smärtproblematik med längre smärtduration, påverkan på dagliga aktiviteter och ökat antal besök hos gynekologen (45, 46).

Diagnostisering och allmänna behandlingsrekommendationer

Diagnosen ställs kliniskt genom anamnes, inklusive kartläggning av psykosociala faktorer och komorbiditet som kan bidra till tillståndet, bedömning av smärta och gynekologisk undersökning (3, 26, 47). Vid första besöket hos fysioterapeuten bör frågor om symtom, debut av symtomen, smärtans lokalisering, om smärtan framkallas vid provokation, sexuella vanor samt tankar, känslor och beteenden kopplade till smärtan ingå. Detta är för att patienterna ska kunna beskriva sina symtom och deras påverkan detaljerat och för att möjliggöra individu-

”I kombinerad fysioterapi ingår åtgärder såsom patientutbildning, bäckenbottenmuskelträning, egenövningar samt manuella tekniker.”

alisering av behandlingsrekommendationer (48). Vid gynekologisk undersökning för att ställa diagnos ingår ofta ett test med en fuktad bomullspinne för att identifiera smärtsamma områden (48, 49). I den fysioterapeutiska undersökningen ingår oftast en undersökning av funktionen i bäckenbottenmuskulaturen inklusive tonus och relaxationsförmåga. Vanligen uppvisar dessa patienter en överdriven spänning i bäckenbottenmusklerna och de har svårigheter att viljemässigt kontrahera och slappna av i dessa muskler (18, 21).

Den rekommenderade behandlingen är en kombination av medicinska, psykologiska och fysioterapeutiska åtgärder som kan behöva anpassas i olika kombinationer utifrån patientens behov (15). Medicinsk behandling består oftast av behandlingar för att minska smärta (50). Psykologiska behandlingar baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT) ansikte mot ansikte och mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT) verkar ha en positiv inverkan på smärta och sexuell funktion (51, 52). Acceptance and commitment therapy (ACT) har undersökts i begränsad omfattning för patienter med provocerad vulvodyni. Ändå tyder resultaten på att även digital behandling kan ha en positiv inverkan på smärta, sexuell funktion, livskvalitet och smärtacceptans (53–55). Digitalt guidad ACT har rapporterats vara till hjälp vid hantering av symtomen (56). Tidigare studier har funnit liknande effekter på smärta och sexuell funktion när fysioterapi jämfördes med KBT. Då visade resultaten att KBT hade bättre effekt på sexuell funktion medan fysioterapi hade bättre effekt på smärta (57).

Fysioterapeutiska behandlingsalternativ

I en tidigare litteraturöversikt har det undersökts effekten av olika fysioterapeutiska behandlingar för provocerad vulvodyni, och resultatet tyder på att åtgärder såsom kombinerad fysioterapi, patientutbildning, och även andra åtgärder såsom biofeedback, vaginal stav

och elektrisk stimulering (TENS), verkar bidra till att minska smärtan vid samlag och förbättra den sexuella funktionen (32). Översikten identifierade dock begränsningar i resultaten på grund av metodologiska problem i de inkluderade studierna. I år har ytterligare en litteraturoversikt publicerats som också har undersökt effekten av olika fysioterapeutiska behandlingar för provocerad vulvodyni och där hittades liknande resultat (58).

I kombinerad fysioterapi ingår åtgärder såsom patientutbildning, bäckenbottenmuskelträning, egenövningar samt manuella tekniker. Detta tillvägagångssätt är vanligt i klinisk praxis och kan med fördel utföras av en fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenrehabilitering och provocerad vulvodyni. Patientutbildning omfattar bland annat information om provocerad vulvodyni, inklusive råd om att avstå från smärtsamt sex, information om långvarig smärta och smärtcirkeln samt information om bäckenbottens anatomi och funktion. Övningarna inkluderar vanligtvis instruktioner om allmän avspänning, såsom mindfulnessövningar och bäckenbottenträning med fokus på avslappning. Dessutom ingår desensibiliseringsövningar som innefattar smörjning av det smärtsamma området med lokalbedövning eller salva för att minska smärtkänslighet (59). Andra åtgärder såsom bäckenbottenträning med tillägg av biofeedback eller användning av vaginalstavar kan användas vid behov efter bedömning av fysioterapeut.

Enligt den senaste rapporten från SBU om diagnostik och behandling av provocerad vulvodyni var kombinerad fysioterapi den enda behandlingen med viss evidens. Studien som refereras i SBU-rapporten visade en minskning av smärta och förbättrad sexuell funktion jämfört med lokalbedövningsbehandling med lidokain, och resultatet kvarstod upp till sex månader efter avslutad behandling. Deltagarna var också mer nöjda än de som behandlades med lokalbedöv-



Forskning pågår

ningsmedlet. Interventionen pågick under tio veckor och inkluderade timplånga individuella besök hos fysioterapeuter med specialistkunskaper inom kvinnors hälsa. I behandlingsupplägget ingick patientutbildning, bäckenbottenträning med biofeedback, desensibiliseringsövningar, hemövningar (bäckenbottenträning, töjning med vaginal stav) samt manuella behandlingstekniker (60). Detta resultat baserades endast på en studie, vilket ledde till att tillförlitligheten klassificerades som låg. Det var inte möjligt att bedöma evidens av andra fysioterapeutiska behandlingar på grund av otillräcklig tillförlitlighet; det vill säga att det vetenskapliga underlaget var otillräckligt (48). Det innebär inte att andra behandlingsformer inte har någon verkan, utan att det för närvarande är svårt att sammanställa resultat och bedöma effekt av vissa behandlingar på grund av begränsat material, metodologiska svårigheter och/eller skillnader i mätinstrument i olika studier.

Vård vid provocerad vulvodyni

Det har tidigare rapporterats att det kan ta upp till sex år för personer med kronisk vulvasmärta att få en diagnos och att dessa patienter har träffat flera läkare innan de fått en diagnos (9, 61). Vidare har det tidigare rapporterats att 52 procent av dessa patienter aldrig får en formell diagnos och att en stor andel inte ens söker vård för sina besvär (11, 62), vilket tyder på att det kan finnas ett mörkertal. En lång tid för att få en diagnos och ineffektiva behandlingar kan ha en negativ inverkan på prognosen (3). Som fysioterapeuter möter vi denna patientgrupp inom både öppen- och slutenvården.

En svensk intervjustudie undersökte erfaren-



Andrea Hess Engström

Specialistfysioterapeut inom obstetrik, gynekologi och urologi. Med.dr, adjunkt och forskare vid institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet.

heter av fysioterapi hos personer med provocerad vulvodyni. Resultatet visade att deltagarna upplevde att fysioterapin gav en ny approach och var till hjälp för att hantera symtomen. Vidare var undersökning av bäckenbottenmuskler samt feedback och vägledning från fysioterapeuten viktigt, liksom att fysioterapeuten hade specialiserad kunskap om tillståndet för att kunna ge information till patienter. Det beskrevs också att tillgången till fysioterapeut var begränsad och att det förelåg långa väntetider (63). Detta resultat kan indikera att det behövs fler fysioterapeuter med specialistkompetens inom kvinnors hälsa så att dessa patienter får möjlighet till den vård de behöver i ett tidigt skede oavsett var i landet de bor.

Det finns även kunskap om att upplevelser av otillfredsställande attityder från sjukvården och att bli rekommenderad ineffektiva behandlingar kan påverka patientens välbefinnande (29, 64). Trots ansträngningar för att förbättra vården för denna patientgrupp är den beroende av lokala resurser (15). Socialstyrelsen har rapporterat om tillgänglighet till specialiserad vård och upptäckt skillnader i resurser och behandlingsalternativ mellan olika geografiska områden, vilket kan påverka vilken behandling som erbjuds för dessa patienter (65). År 2022 publicerade Socialstyrelsen dessutom en utförlig rapport om riktlinjer för vård av personer vid provocerad vulvodyni, där det bland annat rekommenderas kompetensutveckling för personal som arbetar med denna patientgrupp och där kombinerade fysioterapeutiska åtgärder utgör en del av vården (59). Dessutom rekommenderas att fler verksamheter i öppenvården erbjuder tidig diagnostisering och behandling samt tillgång till specialistvård när det finns behov av ett multiprofessionellt team. Rapporten ger riktlinjer för hur dessa patienter kan diagnostiseras och behandlas, och förhoppningsvis kommer den att bidra till en förbättrad vård för personer med provocerad vulvodyni.

Slutsats

Provocerad vulvodyni är ett komplext tillstånd och gruppen är heterogen. Därför bör individanpassade behandlingsstrategier erbjudas för dessa patienter. Fysioterapi har visat sig ha positiva effekter på smärta och sexuell funktion, men fortsatt forskning med fokus på effekten av olika behandlingar behöver ske. ●

Ett medskick till dig som fysioterapeut

Att tänka på när du som fysioterapeut möter patienter med provocerad vulvodyni:

- ➔ Ett bra bemötande och validering av patientens besvär har betydelse.
- ➔ Smärtan kan påverka olika aspekter av patientens liv, särskilt psykosocialt.
- ➔ Information och patientutbildning är en viktig del av behandlingen.
- ➔ Att arbeta i team utifrån patientens behov rekommenderas.

”Det kan ta upp till sex år för personer med kronisk vulvasmärta att få en diagnos. De har träffat flera läkare innan de fått en diagnos.”



Bild: Colourbox

Referenser

1. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, m.fl. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol.* april 2016;127(4):745–51.
2. Bornstein J, Preti M, Simon JA, As-Sanie S, Stockdale CK, Stein A, m.fl. Descriptors of Vulvodynia: A Multisocietal Definition Consensus (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society). *J Low Genit Tract Dis.* april 2019;23(2):161–3.
3. van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harnsel WA, Kirtschig G, Lewis FM, Moyal-Baracco M, m.fl. 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* juni 2017;31(6):925–41.
4. Sadownik LA. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *Int J Womens Health.* 2014;6:437–49.
5. Guidozi F, Guidozi D. Vulvodynia - an evolving disease. *Climacteric J Int Menopause Soc.* april 2022;25(2):141–6.
6. Henzell H, Berzins K. Localised provoked vestibulodynia (vulvodynia): assessment and management. *Aust Fam Physician.* juli 2015;44(7):460–6.
7. Bohm-Starke N. Medical and physical predictors of localized provoked vulvodynia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* december 2010;89(12):1504–10.
8. Dargie E, Pukall CF. Women in "Sexual" Pain: Exploring the Manifestations of Vulvodynia. *J Sex Marital Ther.* 18 maj 2016;42(4):309–23.
9. Mitchell AM, Armour M, Chalmers KJ. Health seeking behaviours and treatments received by Australian women with vulvodynia: A cross-sectional survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* december 2021;61(6):927–33.
10. Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, Foster D, Stein A, Kellogg-Spadt S, m.fl. Vulvodynia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors. *J Sex Med.* mars 2016;13(3):291–304.
11. Reed BD, Harlow SD, Sen A, Legocki LJ, Edwards RM, Arato N, m.fl. Prevalence and

demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol.* februar 2012;206(2):170.e1-9.

12. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaço-Gomes J, Beires J. Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynaecol Obstet.* december 2014;127(3):283-7.
13. Reed BD, Payne CM, Harlow SD, Legocki LJ, Haefner HK, Sen A. Urogenital symptoms and pain history as precursors of vulvodynia: a longitudinal study. *J Womens Health Larchmt.* november 2012;21(11):1139-43.
14. Baurtrant E, Porta O, Murina F, Mühlrad H, Levêque C, Riant T, m.fl. Provoked vulvar vestibulodynia: Epidemiology in Europe, physio-pathology, consensus for first-line treatment and evaluation of second-line treatments. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* oktober 2019;48(8):685-8.
15. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primer.* 30 april 2020;6(1):36.
16. Morin M, Binik YM, Bourbonnais D, Khalifé S, Ouellet S, Bergeron S. Heightened Pelvic Floor Muscle Tone and Altered Contractility in Women With Provoked Vestibulodynia. *J Sex Med.* april 2017;14(4):592-600.
17. Næss I, Bø K. Pelvic floor muscle function in women with provoked vestibulodynia and asymptomatic controls. *Int Urogynecology J.* oktober 2015;26(10):1467-73.
18. Morin M, Bergeron S, Khalifé S, Mayrand MH, Binik YM. Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound. *J Sex Med.* mars 2014;11(3):776-85.
19. Gentilcore-Saulnier L, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med.* februar 2010;7(2 Pt 2):1003-22.
20. Thibault-Gagnon S, Morin M. Active and Passive Components of Pelvic Floor Muscle Tone in Women with Provoked Vestibulodynia: A Perspective Based on a Review of the Literature. *J Sex Med.* november 2015;12(11):2178-89.
21. Fontaine F, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand MH, Khalifé S, Wadell G, m.fl. Pelvic Floor Muscle Morphometry and Function in Women With Primary and Secondary Provoked Vestibulodynia. *J Sex Med.* augusti 2018;15(8):1149-57.
22. Aerts L, Bergeron S, Corsini-Munt S, Steben M, Pâquet M. Are primary and secondary provoked vestibulodynia two different entities? A comparison of pain, psychosocial, and sexual characteristics. *J Sex Med.* juni 2015;12(6):1463-73.
23. Pukall CF. Primary and Secondary

Provoked Vestibulodynia: A Review of Overlapping and Distinct Factors. *Sex Med Rev.* januari 2016;4(1):36-44.

24. Sutton K, Pukall C, Wild C, Johnsrude I, Chamberlain S. Cognitive, psychophysical, and neural correlates of vulvar pain in primary and secondary provoked vestibulodynia: a pilot study. *J Sex Med.* maj 2015;12(5):1283-97.
25. Myrtveit-Stensrud L, Haugstad GK, Rème SE, Schaller SL, Groven KS. "It's all my fault": a qualitative study of how heterosexual couples experience living with vulvodynia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* oktober 2023;102(10):1378-89.
26. Dargie E, Gilron I, Pukall CF. Provoked Vestibulodynia: A Comparative Examination of Mental Health, Sleep, Sexual Functioning, and Relationship Adjustment. *Clin J Pain.* oktober 2017;33(10):870-6.
27. Schneider M, Tallaksen DW, Haukland M, Haugstad GK. If I stop, then what am I supposed to do? The experiences of sexual intimacy of women who live with provoked vestibulodynia. *Health Care Women Int.* 2022;43(1-3):176-93.
28. Rosen NO, Rancourt KM, Corsini-Munt S, Bergeron S. Beyond a "Woman's Problem": The Role of Relationship Processes in Female Genital Pain. *Curr Sex Health Rep.* 01 mars 2014;6(1):1-10.
29. Shallcross R, Dickson JM, Nunns D, Mackenzie C, Kiemle G. Women's Subjective Experiences of Living with Vulvodynia: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *Arch Sex Behav.* april 2018;47(3):577-95.
30. Moller L, Josefsson A, Bladh M, Liliecreutz C, Sydsjo G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *Bjog.* februar 2015;122(3):329-34.
31. Baril S, Czuzoj-Shulman N, Abenham HA. Obstetric outcomes in women with vulvodynia or vaginismus. *Arch Gynecol Obstet.* augusti 2023;308(2):471-7.
32. Morin M, Carroll MS, Bergeron S. Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sex Med Rev.* juli 2017;5(3):295-322.
33. Rains A, Bajzak K, Miller ME, Swab M, Logan GS, Jackman VA, m.fl. Multimodal and Interdisciplinary Interventions for the Treatment of Localized Provoked Vulvodynia: A Scoping Review of the Literature from 2010 to 2023. *Int J Womens Health.* 2024;16:55-94.
34. Flink IK, Engman L, Ter Kuile MM, Thomtén J, Linton SJ. Coping with pain in intimate situations: Applying the avoidance-endurance model to women with vulvovaginal pain. *Scand J Pain.* oktober 2017;17:302-8.

35. Engman L, Flink IK, Ekdahl J, Boersma K, Linton SJ. Avoiding or enduring painful sex? A prospective study of coping and psychosexual function in vulvovaginal pain. *Eur J Pain Lond Engl.* 10 April 2018.
36. Thomtén J, Linton SJ. A psychological view of sexual pain among women: applying the fear-avoidance model. *Womens Health Lond Engl.* maj 2013;9(3):251-63.
37. Thomtén J, Lundahl R, Stigenberg K, Linton S. Fear avoidance and pain catastrophizing among women with sexual pain. *Womens Health Lond Engl.* november 2014;10(6):571-81.
38. Torres-Cueco R, Nohales-Alfonso F. Vulvodynia—It Is Time to Accept a New Understanding from a Neurobiological Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 21 juni 2021;18(12):6639.
39. Whitney M, Papermaster AE, Baum A, Wright ML. Vulvodynia Is Not Associated with Concurrent Candidal Vaginitis. *Womens Health Rep.* 02 februar 2022;3(1):144-9.
40. Bond JC, Kachura JJ, Fox MP, Weuve J, Harlow BL. Potential for Selection Bias in Studies of the Association of Hormonal Contraception and Chronic Vulvar Pain. *J Womens Health.* februar 2022;31(2):194-201.
41. Faye RB, Hughes J. Vulvodynia. I: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing/StatPearls Publishing LLC.; 2018.
42. Phillips N, Brown C, Bachmann G, Wan J, Wood R, Ulrich D, m.fl. Relationship between non-genital tender point tenderness and intra-vaginal muscle pain intensity: Ratings in women with provoked vestibulodynia and implications for treatment. *Am J Obstet Gynecol.* december 2016;215(6):751.e1-751.e5.
43. Iglesias-Rios L, Harlow SD, Reed BD. Depression and posttraumatic stress disorder among women with vulvodynia: evidence from the population-based woman to woman health study. *J Womens Health Larchmt.* juli 2015;24(7):557-62.
44. Reed BD, Harlow SD, Sen A, Edwards RM, Chen D, Haefner HK. Relationship between vulvodynia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol.* juli 2012;120(1):145-51.
45. Heddini U, Bohm-Starke N, Nilsson KW, Johannesson U. Provoked vestibulodynia—medical factors and comorbidity associated with treatment outcome. *J Sex Med.* maj 2012;9(5):1400-6.
46. Lester RA, Brotto LA, Sadownik LA. Provoked Vestibulodynia and the Health Care Implications of Comorbid Pain Conditions. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* november 2015;37(11):995-1005.
47. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia:

Assessment and Treatment. *J Sex Med.* april 2016;13(4):572–90.

48. SBU. Diagnostik och behandling av provocerad vulvodyni [Internet]. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2021 juni. Report No.: 326. Tillgänglig vid: <https://www.sbu.se/326>

49. Reed BD, Plegue MA, Harlow SD, Haefner HK, Sen A. Does Degree of Vulvar Sensitivity Predict Vulvodynia Characteristics and Prognosis? *J Pain.* februari 2017;18(2):113–23.

50. Bohm-Starke N, Ramsay KW, Lytsy P, Nordgren B, Sjöberg I, Moberg K, m.fl. Treatment of Provoked Vulvodynia: A Systematic Review. *J Sex Med.* maj 2022;19(5):789–808.

51. Bergeron S, Khalife S, Dupuis MJ, McDuff P. A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia. *J Consult Clin Psychol.* mars 2016;84(3):259–68.

52. Brotto LA, Bergeron S, Zdaniuk B, Driscoll M, Grabovac A, Sadownik LA, m.fl. A Comparison of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Vs Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Provoked Vestibulodynia in a Hospital Clinic Setting. *J Sex Med.* juni 2019;16(6):909–23.

53. Hess Engström A, Bohm-Starke N, Kullinger M, Hesselman S, Högberg U, Buhrman M, m.fl. Internet-based Treatment for Vulvodynia (EMBLA) - A Randomized Controlled Study. *J Sex Med.* februari 2022;19(2):319–30.

54. Maathz P, McCracken LM, Eriksson V, Säde F, Aneblom G, Rikner Å, m.fl. A feasibility trial of online Acceptance and Commitment Therapy for women with provoked vestibulodynia. *Scand J Pain.* 26 juli 2023;23(3):476–82.

55. Buhrman M, Hällström H, Fridén A, Kettis Moden E, Grahn G, Carlford M, m.fl. Guided internet-based acceptance and commitment therapy for provoked vestibulodynia: A randomized controlled trial. *Eur J Pain Lond Engl.* 01 mars 2024;

56. Hess Engström A, Bohm-Starke N, Kullinger M, Högberg U, Buhrman M, Skalkidou A, m.fl. Experiences of internet-based treatment for vulvodynia: A qualitative study. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives.* september 2022;33:100756.

57. Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, McLean L, Chamberlain S. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Physical Therapy for Provoked Vestibulodynia: A Randomized Pilot Study. *J Sex Med.* januari 2016;13(1):88–94.

58. Nascimento RP, Falsetta ML, Maurer T, Sarmento ACA, Gonçalves AK. Efficacy of Physiotherapy for Treating Vulvodynia: A Systematic Review. *J Low Genit Tract Dis.* 01

januari 2024;28(1):54–63.

59. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni: Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer samt stöd till personal [Internet]. Socialstyrelsen; 2022. Report No.: 2022-11-8176. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/vulvodyni/>

60. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand MH, Khalifé S, Waddell G, m.fl. Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* februari 2021;224(2):189.e1-189.e12.

61. Graziottin A, Murina F, Gambini D, Taraborrelli S, Gardella B, Campo M, m.fl. Vulvar pain: The revealing scenario of leading comorbidities in 1183 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* september 2020;252:50–5.

62. Harlow BL, Kunitz CG, Nguyen RHN, Rydell SA, Turner RM, MacLehose RF. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *Am J Obstet Gynecol.* januari 2014;210(1):40.e1-8.

63. Johansson E, Danielsson L. Women's experiences of physical therapy treatment for vulvodynia. *Physiother Theory Pract.* 11 juli 2023;1–11.

64. Shallcross R, Dickson JM, Nunns D, Taylor K, Kiemle G. Women's Experiences of Vulvodynia: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Journey Toward Diagnosis. *Arch Sex Behav.* 25 juli 2018;

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