



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykioterapeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

VT 2015

**Ett psykologiskt perspektiv på patienter med
handikappande tinnitusbesvär**

**Patients with impairing tinnitus distress from a
psychological perspective**

Författare:

Kristina Larsen

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Teoretisk bakgrund	1
2.1	Tinnitus.....	1
2.2	Alexitymi.....	4
2.3	Affektfokuserad psykodynamisk psykoterapi	6
3	Tidigare forskning	6
3.1	Empiriska vetenskapliga studier.....	7
3.2	Erfarenhetsbaserade studier	10
4	Frågeställningar	11
5	Metod.....	11
5.1	Undersökningsdeltagare	11
5.2	Datainsamlingsmetoder.....	11
5.3	Bearbetningsmetoder.....	13
5.4	Genomförande	13
6	Forskningsetiska frågeställningar	14
7	Resultat	14
7.1	Deskriptiva data.....	14
7.2	Analys av resultatet	16
8	Diskussion	19
8.1	Metoddiskussion.....	19
8.2	Resultatdiskussion	21
8.3	Förslag till fortsatt forskning.....	24
	Referensförteckning.....	1
	Bilagor	6

Sammanfattning

Psykologiska faktorer har betydelse för besvärsupplevelsen av tinnitus och paralleller kan dras till upplevelsen av kronisk smärta. Den här studien undersöker alexitymi, som innebär en svårighet att uppfatta och uttrycka känslor, förekomsten av svåra livshändelser och depressions- och ångestbenägenhet hos normalhörande personer med handikappande tinnitusbesvär. Studiens huvudfokus är att undersöka förekomst av alexitymi. Därtill undersöks faktorerna förekomst av svåra livshändelser och ångest- och depressionsbenägenhet. Totalt 49 normalhörande patienter som sökte vård på Hörsel- och balanskliniken, och uppfyllde gränsvärdet 57 för handikappande tinnitusbesvär enligt THI (Tinnitus Handicap Inventory) fyllde i självskattningsformulären, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) och TAS(20) (Toronto Alexithymia Scale) och 54 personer som inte var patienter fyllde i HADS och TAS(20). Studien visade att graden av alexitymi var signifikant högre bland patienter med handikappande tinnitus än i kontrollgruppen. Förekomsten av svåra livshändelser var liksom graden av depression och ångest signifikant högre bland patienter med handikappande tinnitus än i kontrollgruppen. Undersökningsgruppen består enbart av personer som har skattat sina tinnitusbesvär högt och är på det sättet unik. Utöver en högre förekomst av alexitymi har de i genomsnitt också skattat högt på depression, ångest och förekomst av svåra livshändelser. Detta indikerar ett behov av psykologiska insatser.

Nyckelord: tinnitus, alexitymi.

Abstract

Psychological factors are relevant to tinnitus distress and there are similarities with chronic pain. This study examines alexithymia, distressing life events, depression and anxiety in a group of hearing patients with impairing tinnitus distress. In total 49 hearing patients at the clinic of Hearing and Balance was investigated with TAS(20) (Toronto Alexithymia Scale) and HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) and answered a question about distressing life events. They all estimated their tinnitus distress as severe on the THI-scale (Tinnitus Handicap Inventory). They were compared with a group of 54 non patients. The prevalence of alexithymia was significantly higher in the patient group than in the control group. The prevalence of distressing life events as well as the degree of depression and anxiety was also significantly higher in the patient group than in the non patient group. The study includes only patients who has estimated their tinnitus distress as severe. The result of the study indicates that this group would benefit of psychological treatment.

Keywords: tinnitus, alexithymia

1 Inledning

Tinnitus är för vissa ett stort handikapp i vardagen, medan andra enklare kan leva med sin tinnitus. En allmänt använd definition av tinnitus är att det är upplevelsen av ljud utan yttre ljudkälla (Tinnitus Vårdprogram, 2011). Karaktären och omfattningen av tinnitusljudet/signalen har betydelse för hur besvärande tinnitus upplevs, men anses inte fullt ut kunna förklara skillnader i lidande. Psykologiska faktorer anses ha betydelse för besvärsupplevelsen av tinnitus och samspelar sannolikt på flera olika sätt med upplevelsen av handikappande tinnitus. Sambandet mellan tinnitusbesvär och ångest och depression är väl belagt (Zöger, Svedlund och Holgers, 2006). Tinnitusbesvär kan drabba både normalhörande personer och personer som lever med en hörselnedsättning och där hörselnedsättningen ibland, men inte alltid kan förklara förekomsten av tinnitus. Vad som orsakar handikappande tinnitusbesvär hos normalhörande är ofta svårare att fastställa. I psykoedukation kring tinnitus poängteras likheter i hur smärta och tinnitus upplevs och kan hanteras. Möller (2000) tar upp flera likheter mellan kronisk smärta och handikappande tinnitusbesvär. Inom smärtforskning har Kano och Fukido (2013) intresserat sig för sambandet mellan smärtupplevelse och alexitymi, som är ett begrepp som används för att beskriva svårigheter att uppfatta och beskriva känsloliv. Deras intresse för alexitymi bottnar i en tanke om att graden av alexitymi kan ha betydelse för både utvecklingen och upplevelsen av symptom och förmågan att hantera dessa symptom. De redovisar studier som visar att patienter med kronisk smärta i högre grad uppfyller kriterierna för alexitymi. Alexitymi är en psykologisk faktor som skulle kunna vara relevant att ta i beaktande även för patienter med handikappande tinnitus. En ökad kunskap om psykologiska faktorer hos normalhörande personer som söker vård för tinnitusbesvär skulle kunna bidra till ökad träffsäkerhet i diagnostik och psykologisk behandling. I psykologgruppen på Hörsel- och balanskliniken på Karolinska sjukhuset finns vidare erfarenheten att patienter ofta berättar om svåra livshändelser under perioden som föregår tidpunkten för att söka vård. Psykologerna träffar dock enbart den grupp som remitterats för psykologkontakt. Studiens huvudfokus är att undersöka alexitymi hos normalhörande patienter med handikappande tinnitusbesvär. Därtill studeras förekomsten av svåra livshändelser och depressions- och ångestbenägenhet.

2 Teoretisk bakgrund

2.1 Tinnitus

2.1.1 Studiens definition av handikappande tinnitus och svåra livshändelser

Handikappande tinnitus definieras här utifrån att patienter skattar högre än 57 poäng på THI (Tinnitus Handicap Inventory) (Newman, Jacobson och Spitzer, 1996).

Svåra livshändelser definieras utifrån respondenternas egen upplevelse av vad som utgjort en svår livshändelse. I anslutning till frågan ges exemplen: dödsfall av nära anhörig eller annan betydelsefull person, skilsmässa, förlust av arbete, bevittnat eller varit utsatt för fysiskt/psykiskt våld eller annan händelse som haft stor inverkan på livet på ett negativt sätt.

2.1.2 Förekomst av tinnitus och tinnitusbesvär

Tinnitus innebär en är upplevelsen av ljud utan yttre ljudkälla (Tinnitus Vårdprogram, 2011). Tinnitusbesvär förekommer i ca 10 – 15 procent av befolkningen och för ca 1-2 procent blir besvären av tinnitus så stora att det utgör ett handikapp i vardagen och begränsar både arbetsliv och fritid. Ca 100 000 personer i Sverige har så svåra besvär av tinnitus att deras livssituation påverkas (Tinnitus Vårdprogram, 2011). Tinnitus kan te sig mycket olika för olika personer (Andersson, 2000). En del upplever det som ett sus, andra som en pipande eller dov ton som kan variera i styrka och komma och gå. Det förekommer också beskrivningar av tinnitus som ett starkt tryck eller dunkande i huvudet eller som en upplevelse av att ha en slagborr nära eller i huvudet. I vissa fall kan tinnitus observeras av en annan person (objektiv tinnitus), genom mätningar, men i de flesta fall är ljuden inte möjliga att registrera (subjektiv tinnitus). Nivån och karaktären på tinnitus kan i båda fallen, med viss svårighet, skattas genom att patienten på olika sätt får relatera sin tinnitus till andra ljud (Andersson, 2000). Författaren menar att svårigheten att fastställa nivå och karaktär på tinnitus beror på att ljuden uppvisar stor variation från dag till dag och från tillfälle till tillfälle. Det finns ofta, men inte alltid en samtidig hörselnedsättning. Tinnitus kan även förekomma samtidigt som dövhet.

Att ha tinnitus är dock inte samma sak som att ha besvär av sin tinnitus (Henry, Dennis & Schechter, 2005). Skillnaden blir särskilt tydlig vid lindrigare tinnitusnivåer. En patient som inte besväras av sin tinnitus kanske aktivt behöver lyssna efter den för att notera den, medan tinnitus av samma nivå hos en annan patient dominerar tillvaron och onda cirklar kan uppstå. Tinnitus påverkar vidare ofta sömnen eftersom tinnitussignalen blir mer besvärande när det är tyst (Henry et al., 2005) och sömnbristen kan i sin tur göra att tinnitusljudet upplevs som mer störande. Ett annat exempel är att en patient kan bli nedstämd av att i vardagen hindras av sin tinnitus, och upptagenheten av att tillvaron påverkats av tinnitusbesvären gör att tinnitusljudet uppmärksammas än mer och hamnar i fokus och antingen förvärrar eller ökar risken för depressivitet. Riktningen i sambandet mellan tinnitus och depressivitet är inte klarlagd, men förekomsten av depression är förhöjd hos patienter med tinnitus (Zöger et al., 2006). Uppmärksamheten på tinnitus anses ha en stor betydelse för besvärsupplevelsen (Jastreboff & Hazell, 1993).

2.1.3 Orsaker/förklaringar till tinnitusbesvär

När tinnitus debuterar är det ofta inte möjligt att fastställa orsaken. Det är vanligt att tinnitusbesvär uppstår i anslutning till exponering för höga ljud. Andra orsaker kan vara skador i nacke eller hörselsystemet, bettproblematik och medicinska

biverkningar (Tinnitus Vårdprogram, 2011). Ibland går det inte att hitta någon tydlig medicinsk/fysiologisk förklaring, vilket inte behöver betyda att det inte finns någon. Uppkomsten av det som med ett samlingsnamn benämns tinnitus kan med andra ord ha flera orsaker som inte alltid kan fastställas (Henry et al., 2005).

Ett skifte har skett från att se tinnitus som ett i första hand otologiskt fenomen (fenomen relaterat till örat) till att intressera sig för dess neurologiska aspekter (Langguth, Kreuzer, Kleinjung, & De Ridder, 2013). I Langguth et al. (2013) beskrivs kortfattat vilka olika områden i hjärnan som är involverade vid upplevelsen av tinnitus. Det är samma områden som vid perceptionen av ljud som har externa akustiska signaler. Författarna pekar också på att man kan observera en ökad avfyringshastighet av neuroner hos personer med stora tinnitusbesvär. Möller (2000) lyfter fram betydelsen av att de delar som aktiveras i samband med upplevelsen av tinnitus förstärks och riskerar att fortsätta att förstärkas om tinnitusupplevelsen får stort utrymme.

Enligt Jastreboff och Hazell (1993) har hörselbanorna en sekundär roll vid kliniskt relevant tinnitus. Istället lyfts betydelsen av det limbiska systemet och det autonoma nervsystemet fram och de formulerar en teori som benämns den neurofysiologiska modellen. Teorin innebär att när tinnitusljudet uppfattas som en signal som inte väcker någon känslomässig reaktion tolkas den som oviktig och kommer därmed inte att få uppmärksamhet och ge upphov till några besvär. När ett avvikande stimuli uppmärksammas tenderar detta att tolkas som en fara. Utifrån detta synsätt blir det viktigt att tinnitusljudet kan omvandlas till något neutralt för att underlätta en tillvänjning av ”det nya ljudet”. Detta benämns i teorin för habituering. Den förklaring till att tinnitus genererar besvär, som teorin lyfter fram är att ingen habituering till ”det nya ljudet” uppstår.

Ytterligare ett sätt att se på tinnitus presenteras i Fredrickson (2013). Där görs en koppling mellan ångest och ”ringningar i öronen”, som där presenteras som ett symptom på kognitiv/perceptuell störning som kan uppstå vid ångest.

Ett kompletterande sätt att öka förståelsen av vad tinnitus är och vad som kan påverka besvärsgraden är att ta del av smärtforskning. Det har gjorts jämförelser mellan patienter med svåra tinnitusbesvär och patienter med kronisk smärta (Zirke, Seydel, Szczepek et al., 2013; Möller, 2000). Jämförelser görs även mellan fantomsmärtor och perceptionen av tinnitus (Möller, 2000). Bänkestad (2012) presenterar två förklaringsmodeller till tinnitusbesvär som överförts från smärtforskningen; nämligen acceptans och ”fear avoidance” (undvikande av fara/obehag). De föreslås kunna bidra med förklaringsvärde för både graden av tinnitusbesvär och känslighet för tinnitus.

2.1.4 Orsak och lindring av tinnitusbesvär

Orsakerna till tinnitus uppkomst hos en enskild patient kan som framgått ovan vara flera och kan inte alltid fastställas. Orsaken till att tinnitusljudet först uppstod har i vissa fall betydelse för hur besvären kan lindras, men långt ifrån alltid. Vid till

exempel spänd nack- eller käkmuskulatur, medicinsk biverkning är den medicinska/fysiologiska orsaken till hjälp för att lindrat tinnitusbesvären. I andra fall, när ingen uppenbar orsak kan hittas eller när audiologiska insatser ger begränsad effekt behöver hela patientens hela situation ses över med avseende på stress, sömn och psykiskt mående (Tinnitus Vårdprogram, 2011). Ofta krävs en kombination av flera insatser för att minska besvären. Tinnitusbesvären upplevs ofta öka vid trötthet och olika former av stress och känslomässig press. Det är vidare viktigt att skilja på vad som gjort att tinnitusljudet först uppstått och vad som gör att tinnitusbesvären vidmakthålls. I vidmakthållandet är psykologiska faktorer ofta, men inte alltid inblandade, och psykologisk behandling kan göra skillnad. ((Tinnitus Vårdprogram, 2011); Henry et al., 2005).

2.2 Alexitymi

2.2.1 Bakgrunden till intresset för alexitymi inom psykosomatiken

Intresset för alexitymi växte fram som ett komplement till Freuds förklaringsmodell till uppkomsten av psykosomatiska sjukdomstillstånd. Flera teoretiker på 50-talet menade att patienter inom psykosomatiken verkade uppvisa störningar i de kognitiva processer som var kopplade till affekter och menade att detta snarare än intrapsykiska konflikter skulle kunna bidra till uppkomsten av kroppliga symptom utan medicinsk förklaring (Bagby & Taylor, 1997). Författarna redogör för hur svårigheter att verbalisera känslor skulle kunna vara en bidragande faktor vid utveckling av symptom hos patienter med psykosomatiska besvär. Den förklaring som beskrivs är att besvärande känslor istället för att först regleras kognitivt, direkt ger upphov till reaktioner i det autonoma nervsystemet och neuroendokrina systemet. Det skulle i sin tur kunna ge upphov till fysiska förändringar med sjukdom som följd. Sifneos (1973) myntade begreppet alexitymi i betydelse avsaknad av ord för känslor. Bakgrunden till Sifneos intresse fenomenet var enligt Kano och Fukudo (2013) förekomsten av patienter med klassiska psykosomatiska sjukdomar som svarade dåligt på psykodynamisk terapi. I Buccini (1997) föreslås att brister i symboliseringsförmågan har betydelse för utvecklingen av alexitymi och för att förstå kopplingen till psykosomatiska tillstånd.

2.2.2 Definition av alexitymi

Alexitymi definierades i Bagby & Taylor (1997) som: 1) svårigheter att identifiera känslor och skilja dem från kroppsliga förnimmelser av ett känslomässigt påslag (emotional arousal), 2) svårigheter att beskriva känslorna för andra, 3) begränsningar i processer som har med föreställningsförmåga att göra och som visar sig i torftighet i fantasierandet och 4) stimulistyrd och externt orienterad kognitiv stil.

Konstruktet, det vill säga de delar som beskriver begreppet, har vidareutvecklat teoretiskt i syfte att hitta sätt att mäta alexitymi och i mätinstrumentet TAS-20 har den tredje och fjärde faktorn i den ursprungliga definitionen slagits samman. Ett externt orienterat tänkande är en kognitiv stil som karaktäriseras av en upptagenhet kring detaljer av externa händelser (utanför individen) snarare än

tankeinnehåll som är relaterat till känslor och fantasier (inom individen) (Simonsson-Sarnecki et al., 2000).

Alexitymi definieras och mäts i studien genom de tre faktorer som också återspeglas i mätinstrumentet TAS (20): 1) svårigheter att identifiera känslor och att differentiera mellan känslor och andra fysiska upplevelser (SIK), 2) svårigheter att beskriva känslor för andra (SBK) och 3) ett externt orienterat tänkande (EOT) (Simonsson-Sarnecki, 2001).

2.2.3 Kompletterande perspektiv på begreppet alexitymi

Ett sätt att förstå bakgrunden till alexitymi och psykosomatik presenteras i Bagby & Taylor (1997). Alexitymi beskrivs där som ett svar på ohanterliga känslor och fantasier och att det i själva verket handlar om försvarsmekanismer. Försvar som nämns är förnekande, bortträngning, undvikande, reaktionsbildning och externalisering. Empirisk forskning (Parker & Taylor, 1997; Helmes, MCNeill, Holden & Jacksson, 2008) visar på samband mellan alexitymi och primitiva försvar. Samtidigt konstaterar Bagby och Taylor (1997) att det inte gör konstruktet överflödigt därför att det också kan användas för att förklara att de primitiva försvaren dominerar över de mer mogna försvaren. De menar också att om man förstår alexitymi som en psykisk begränsning kan man anta att det också kan förklara eller åtminstone intensifiera utvecklingskonflikter.

Taylor (2000) konstaterar att en vedertagen syn på känslomässigt reagerande och emotionsreglering involverar tre av varandra beroende system: 1) ett neurofysiologiskt system som innefattar autonoma nervsystemet och neuroendokrin aktivering, 2) ett system av motoriska uttryck (ansiktsuttryck, röstläge mm) och 3) ett kognitivt-upplevelse system (att uppfatta och kunna beskriva känslolägen). Därtill kommer den reglering som sker i samspel med andra. Alexitymi kännetecknas av brister i det kognitiva systemet och i samspelet med andra. En möjlig bidragande faktor till alexitymi anses av Parker och Taylor (1997) vara bristande speglingar av barnets känslor i samspelet med barnets primära vårdnadshavare

2.2.4 Förekomsten av alexitymi

Enligt Taylor (2000) är förekomsten av alexitymi, som det förstås och mäts med TAS (20) i normalbefolkningen ca 10 %, medan studier av grupper med psykosomatiska sjukdomar visar att andelen patienter som uppfyller kriterierna för alexitymi ligger mellan 40 och 60 %. Mellan 9 och 17 % av den manliga befolkningen anses lida av alexitymi. Motsvarande värde för kvinnor är 5-10 % (Mattila, A. K., Poutanen, O., Koivisto, A., Salokangas, R. K. R. & Joukaama. 2007). Höga förekomster av alexitymi har rapporterats hos patienter med t ex astma, högt blodtryck och kronisk smärta (Taylor, 1997).

2.3 Affektfokuserad psykodynamisk psykoterapi

2.3.1 Psykodynamisk psykoterapi

I en översikt över 39 studier av psykodynamisk psykoterapi (Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S. & Steinert, C., 2015) beskrivs psykodynamisk psykoterapi omfatta en mängd olika metoder/interventioner på en skala från tolkande till stödjande. Tolkande interventioner syftar enligt författarna till att öka patientens insikt om hur upprepningskonflikter vidmakthåller problem. En tolkning syftar till att göra omedvetna önskningar, impulser eller försvarsmekanismer medvetna för patienten. Stödjande interventioner däremot beskrivs syfta till att stärka patientens förmågor (jagfunktioner) som antingen kan vara tillfälligt nedsatta på grund av trauma eller akut stress eller som inte är fullt utvecklade (till exempel svårigheter med impuls kontroll). Balansen mellan tolkande och stödjande interventioner avgörs av patientens behov.

2.3.2 Affektfokuserad psykoterapi

Psykodynamisk korttids psykoterapi (STDP, Short Term Psychodynamic Therapy) innefattar ett flertal metoder där en del av dem syftar till ökad insikt om olika omedvetna fenomen, medan andra adresserar alexitymi eller svårigheter att identifiera eller känna känslor (Abbass, Kisely och Kroenke, 2009). Exempel på metoder som fokuserar särskilt på patienters affekter är ISTDP (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy, Fredrickson, (2014)), APT (Affect Phobia Therapy, McCullough, (1997)) och AEDP (Accelerated Experimental Dynamic Psychotherapy, Fosha, (2000)). I affektfokuserad psykoterapi är det centrala att tänka kring psykodynamiska konflikter som rädsla för att känna (affektfobi) och att känslor (både medvetna och omedvetna) ligger till grund för flertalet av de problem som patienter söker för (McCullough & Magill, 2009; Osborn, Ulvenes, Wampold & McCullough, 2014). Författarna beskriver hur hämmande krafter som ångest, skam, skuld och smärta som upplevts tillsammans med de primära anknytningspersonerna kan kopplas till och hämma tillgången till medfödda och hälsosamma aktiverande känslomässiga reaktioner som sorg, självhävdelse, närhetsökande eller självkänsla. Följande exempel på affektiva konflikter ges: skuld över ilska, skam för att gråta, smärta i samband med närhet till andra och skam kopplat till självet. När de adaptiva och aktiverande känsloreaktionerna blir blockerade ersätts dessa med mindre adaptiva reaktioner och försvar i form av symptom som till exempel depression, passivitet, ätstörningar och komplicerad sorg.

3 Tidigare forskning

De databaser som har använts för litteratursökningen är Psychinfo, Medline och PEP-Psychoanalytical Electronic Publishing. Huvudsakliga sökord är tinnitus, alexitymi. Dessa har kombinerats med smärta, depression, livshändelser och ångest.

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

3.1.1 Förekomst av alexitymi hos personer med tinnitusbesvär

Endast en tidigare studie har genomförts där tinnitus satts i samband med alexitymi (Salonen, Johansson & Joukamaa, 2007). I studien undersöktes förekomsten av alexitymi hos 583 personer mellan 70 och 85 år. Undersökningsdeltagarna besvarade TAS-20, BDI (Becks Depression Inventory) och fick skatta sin tinnitus genom att välja mellan tre alternativ; ingen tinnitus, tinnitus men besvärades inte av den, tinnitus och besvär av den. Studien visade på ett positivt samband mellan alexitymi och förekomst av tinnitus, men däremot fanns inget samband mellan alexitymi och besvärsgrad av tinnitus. De fann att förekomsten av alexitymi var högst hos de som hade tinnitus men inte besvärades av den och lägst hos de som inte hade tinnitus. De konstaterar att personerna som ingick i studien hade lindrig tinnitus och inte var patienter som sökte vård för sin tinnitus. De föreslår en fördjupad studie av personer som söker vård för sina tinnitusbesvär.

3.1.2 Tinnitusbesvär i relation till psykisk hälsa

Samsjukligheten mellan tinnitus av olika svårighetsgrad och psykiatriska diagnoser finns belagt i flera studier (Loprinzi, Maskalic, Brown & Gilham, 2013). I Zirke, Seydel, Arsoyet et al., (2013) redovisas samband mellan allvarlighetsgrad i tinnitusbesvär och förekomsten av psykiatriska diagnoser. Salvati et al. (2013), konstaterar att sambandet mellan svårighetsgraden av tinnitus och generell och psykologisk hälsa är större än sambandet mellan tinnitus svårighetsgrad och audiometriska faktorer. I Henry et al. (2005) beskrivs emotionell stress som en faktor som kan göra tinnitusbesvären mer påtagliga. Zöger, Svedlund och Holgers (2006) pekar på möjligheten att trötthet och fysisk inaktivitet till följd av stress kan inverka på utvecklingen av svåra tinnitusbesvär. Samband mellan tinnitusbesvär och depressiva tillstånd påvisas i ett flertal studier (Milerová et al., 2013; Kleinstäuber et al., 2013; Zöger et al., 2006). Samband mellan tinnitusbesvär och olika ångesttillstånd redovisas i bland annat Zirke, Seydel, Arsoyet et al. (2013), Kleinstäuber et al., (2013) och Zöger et al. (2006). Enligt de senare författarna varierar förekomsten av ångest från 29 till 49 % hos patienter med tinnitus, medan förekomsten av depressiva tillstånd varierar redovisas ligga mellan 33 och 74 %.

Wallhausser-Franke, Delb, Balkenhol, Hiller & Hörmann (2014) närmade sig området från ett annat håll och undersökte kopplingen mellan tinnitusbesvär och resiliens och mellan tinnitusbesvär och emotionell ohälsa (sammansatt av depressivitet, ångest och somatiska symptom). De 4705 patienter som ingick i studien som visade att besvärsgraden i högre utsträckning än nivån på tinnitus var negativt korrelerade med resiliens. Besvären var med andra ord mindre hos patienter som skattat högt på resiliens. Både resiliens och emotionell hälsa korrelerade med besvärsgraden av tinnitus. Studien visade dock att den emotionella hälsan hade ännu större betydelse för svårighetsgraden av tinnitusbesvär än vad graden av resiliens hade, vilket kan jämföras med tidigare

refererade studier som visar på hög förekomst av ångest och depression hos gruppen tinnituspatienter.

Milerova et al. (2013) har undersökt tinnitusbesvär och betydelsen av psykologiska faktorer ur ett brett perspektiv. Då skillnaderna i lidande inte har någon mätbar motsvarighet i den upplevda nivån på tinnitusljudet, tänker sig författarna att psykologiska faktorer förklarar skillnaderna i upplevelsen av tinnitus. I studien ingick 317 patienter som haft tinnitusbesvär i mer än ett halvår. De fyllde i THI (självskattningsinstrumentet Tinnitus Handicap Inventory), TQ (Tinnitus Questionnaire, ett alternativt sätt att skatta tinnitusbesvär) samt SCL-90 (Symptom Checklist, ett brett självskattningsformulär som innehåller flera delskalor, bl a somatisering, depression och fiendlighet). Ett samband mellan tinnitus och faktorerna somatisering, depression och fiendlighet i SCL-90 erhöles. Hesser och Andersson (2009) visar att en annan psykologisk faktor som har betydelse för besvärnivån för tinnitus är ångestdrivande undvikande. I en studie av 283 patienter med tinnitusbesvär påvisades ett positivt samband mellan ångestkänslighet och tinnitusbesvär. Studien visade också att undvikande delvis medierade sambandet mellan ångestkänslighet och tinnitusbesvär.

3.1.3 Tinnitus och personlighetsorganisation

I flera studier har man intresserat sig för sambandet mellan personlighetsorganisation och tinnitusbesvär. McCormack et al. (2013) fann ett positivt samband mellan neurotism och hög besvärsupplevelse av tinnitus, vilket de menar möjligen kan tillskrivas en högre känslighet för påträngande upplevelser. Andersson, Airikka, Buhrman och Kaldo (2005) undersökte sambandet mellan perfektionism och tinnitusbesvär. En bakomliggande tanke var att perfektionistiska personlighetsdrag skulle kunna försvåra habituering till tinnitus, genom att besvären vidmakthålls genom stort fokus på tinnitus och variation i tinnitusbesvär. 256 patienter ingick i studien och ett positivt samband mellan perfektionism och tinnitusbesvär kunde konstateras för männen i undersökningsgruppen, men inte för kvinnorna. Författarna tolkar skillnaden i resultat mellan könen med hjälp av tidigare forskning och konstaterar att det på gruppnivå kan finnas skillnader mellan män och kvinnor både när det gäller psykologiska mekanismer för tinnitus och perfektionism i samband med svårigheter.

3.1.4 Lärdomar från behandlingstudier av tinnitusbesvär

Dobie, Sakai, Sullivan, Katon & Russo (1993) konstaterar att det inte finns någon skillnad på den psykoakustiska beskrivningen av tinnitus hos de som lider av den och de som är obesvärade. Ett sätt att lära mer om tinnitusbesvär är att undersöka vad som är verksamt i behandling av patienter med tinnitus. Ett behandlingsfokus som tillämpas är att stödja patienten att identifiera och ägna sig åt det som är meningsfullt trots tinnitusljudet och därmed indirekt minska uppmärksamheten på tinnitusljudet och samtidigt bidra till ökad livskvalitet (Tinnitus Vårdprogram, 2011). Detta kan göras inom olika terapeutiska inriktningar, men en strukturerad metod för att behandla tinnitusbesvär är ACT (Acceptance and Commitment

Therapy) där erfarenheter från smärtområdet tagits tillvara (Zetterqvist, 2011; Hesser, Westin och Andersson, 2014). De finns också studier som gjorts på renodlade KBT-behandlingar för tinnitusbesvär där goda behandlingsresultat uppnåtts (Cima, Andersson, Schmidt och Henry (2014). Hesser et al., (2014) konstaterar att kunskapen om mekanismerna som ligger bakom goda behandlingsresultat för KBT dock är begränsad. Ett försök att förstå mer gjordes genom att studera 67 patienter som fick antingen internetbaserad ACT eller KBT. Med hjälp av skattningar via Tinnitus Acceptance Questionnaire fastlades att acceptans var en faktor som hade betydelse i båda behandlingarna.

3.1.5 Lärdomar från studier om alexitymi och smärta

Taylor (2000) konstaterade att alexitymi är relaterat till ett flertal somatiska handikapp, men det behövs studier som fokuserar på riktningen på sambandet. Endast en tidigare studie har genomförts där tinnitus satts i samband med alexitymi (Salonen, Johansson & Joukamaa, 2007). Det finns däremot studier av smärtupplevelser och alexitymi. I en översikt över hjärnabbildningsstudier med fokus på alexitymi refererar Kano och Fukudo (2013) studier som visar att patienter med kronisk smärta i högre utsträckning än kontrollgrupper uppfyller kriterierna för alexitymi. Det finns också ett samband mellan alexitymi och hög rapportering av fysiska symptom. De hänvisar vidare till studier som visat på samband mellan alexitymi och förhöjd smärtintensitet och känslighet för inducerad smärta. Utifrån detta formulerar de hypotesen att människor med alexitymi uppfattar signaler från kroppen på ett annorlunda sätt såtillvida att lågintensiv stimulering uppfattas som högintensiv stimulering. Utifrån de studier om kronisk smärta som inkluderas i översikten menar författarna att det sannolikt finns en skillnad i hur smärta uppfattas. De konstaterar dock att sambandet mellan kronisk smärta och alexitymi inte helt kan förklaras av överkänslighet för den sensoriska delen av fysiskt lidande. De menar också att det skulle kunna vara så att bristande emotionell reglering kan orsaka hypersensitivitet för obehagliga kroppsupplevelser och förlängda smärtrelaterade känslomässiga reaktioner. Detta presenteras som ett möjligt sätt att förstå kopplingen mellan kronisk smärta och alexitymi.

Ytterligare en koppling mellan alexitymi och besvärsupplevelsen av tinnitus kan göras mot bakgrund av en studie av 97 kvinnor med diagnosen fibromyalgi där relationen mellan smärtupplevelse, emotionellt lidande och alexitymi undersöktes med hjälp av självskattningsskalor (Martinez et al, 2015). Jämförelser gjordes med en kontrollgrupp som bestod av 100 friska kvinnor. Bakgrunden var en tanke om att personlighetskaraktäristika, som alexitymi skulle kunna ha betydelse för hur symptom vidmakthålls respektive klingar av. Studien visade att alexitymi kunde förklara delar av detta. Delskalorna svårigheter att uppfatta känslor och svårigheter att beskriva känslor korrelerade med ökat katastroftänkande kring smärta och rädsla för smärta. Delskalan svårigheter att beskriva känslor korrelerade med starkare smärtupplevelser och ökad uppmärksamhet på smärta. Taylor (2000) finner i sin översikt av aktuell forskning inom området också visst

stöd för att graden av alexitymi kan minskas genom psykoterapi som innehåller teknik för att öka patientens känslomässiga medvetenhet.

3.1.6 Affektfokuserad psykoterapi

Resultat från en metaanalys av studier av psykodynamisk psykoterapi indikerar att det finns ett positivt samband mellan att terapeuter stimulerar/förstärker känslomässiga upplevelser och uttryck hos patienter och en förbättring för dessa patienter i psykodynamisk terapi (Diener, Hilsenroth & Weinberger, 2007).

I Abbass et al. (2009) presenteras en översikt av studier av psykodynamisk korttidsterapi med patienter med olika somatiska besvär. I 21 av 23 studier redovisas signifikanta eller möjligt positiva behandlingseffekter avseende somatiska besvär och i 11 av 12 studier redovisas signifikanta eller möjliga positiva behandlingseffekter avseende psykologiska besvär. 14 av studierna ingick i en metaanalys som visade på signifikanta effekter på somatiska besvär och ångest och depression.

I två randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) av affektfokuserad korttidspsykoterapi erhålls goda behandlingsresultat även för patienter med Kluster C: Osjälvtändig, fobisk och tvångsmässig personlighetsstörning och antingen ångest eller depression. (Winston et al., 1994; Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004). I studierna ingick 64 respektive 50 patienter och 40-sessionersbehandlingar videofilmades och kodades med avseende på affekt och interventioner. Symptom och interpersonella problem skattades vid fyra tillfällen (vid start, efter halva behandlingen, vid behandlingens slut och efter 1,5 år). I den första studien (Winston et al., 1994) jämfördes två varianter av affektfokuserad korttidspsykoterapi med patienter från en väntelista och patienterna skattade i båda fallen efter behandling signifikant bättre på de skalor som användes i studien än vad patienterna från väntelistan gjorde. I Svartberg et al. (2004) jämfördes patienter som erhöll affektfokuserade korttidsterapi med patienter som fick kognitiv terapi. Behandlingseffekten var signifikant för de patienter som erhöll affektfokuserad psykoterapi, men inte för gruppen som erhöllit kognitiv terapi.

3.2 Erfarenhetsbaserade studier

Fallstudier av terapier med patienter med tinnitusbesvär presenterar ett delvis annorlunda synsätt på tinnitus. I Dauman och Erlandsson (2012) redogörs för en fallbeskrivning av en psykodynamisk terapi med en äldre kvinna med tinnitusbesvär. Författarna konstaterar att den psykodynamiska och narrative ansatsen möjliggjorde att artikulera den unika och specifika meningen som hon upplevde kring tinnitus och som var en del av hennes lidande. Det bedrog till att göra tinnitusbesvären mer hanterliga. Mohr och Hederlund (2005) beskriver en existentiellt inriktad terapi med en patient med tinnitusbesvär. Fokus i behandlingen utgjorde den betydelse som tinnitus tillskrevs. Tinnitus kan då användas som en ingång för att förstå något om en patients inre problematik som då istället kommer i fokus och kan bearbetas med minskade tinnitusbesvär som

följd sannolikt på grund av att patienten generellt sätt mår bättre och kan hantera tinnitusljudet bättre.

4 Frågeställningar

Vilken är förekomsten av alexitymi hos normalhörande patienter med handikappande tinnitusbesvär? Hur ser eventuella samband mellan alexitymi och tinnitus ut?

Hur är förekomsten av svåra livshändelser och ångest- och depressionsbenägenheten hos normalhörande patienter med handikappande tinnitusbesvär? Hur ser eventuella samband ut?

5 Metod

5.1 Undersökningsdeltagare

Undersökningsgruppen utgjordes av 49 normalhörande personer med handikappande tinnitusbesvär som sökt vård vid Vuxenrehabiliteringen vid Hörsel- och balanskliniken på Karolinska Universitetssjukhuset. I undersökningsgruppen ingick 17 män och 32 kvinnor. (M=46,5 år och SD=13,9)

Studiens urval är ett bekvämlighetsurval. De patienter som ingick i studien hade remitterats till och deltagit i ett psykoedukativt moment som benämns "Tinnitusinformation" under perioden oktober 2014 till mars 2015. En del av patienterna kan ha haft handikappande tinnitus under en kort tid och en del kan ha haft tinnitusbesvär länge, men upplever dessa som så pass handikappande att de nu söker vård. Patienterna har med två undantag skattat högre eller lika med 57 på THI (Tinnitus Handicap Inventory) som är en skattningsskala som fylls i av samtliga patienter med tinnitus på Hörsel- och balanskliniken för att bedöma svårighetsgraden av tinnitusbesvären. Skattningsskalan består av 25 frågor om tinnitusrelaterade problem och besvär. Exempel på frågor är; "Har du svårt att höra pga tinnitus?" och "Känner du att din tinnitus har orsakat problem i relation till din familj och dina vänner?". Svarsalternativen är "ja" (4 poäng), "ibland" (2 poäng) och "nej" (0 poäng). Poängen på THI kan variera mellan 0 och 100. 0-16 poäng motsvarar inget handikapp, 18-36 milt handikapp, 38-46 medelsvårt handikapp och över 57 betecknas som svårt handikapp.

Undersökningens kontrollgrupp utgjordes av 54 personer, varav 18 var män och 35 var kvinnor (M=44,5 år och SD=15,6). Också detta var ett bekvämlighetsurval, som rekryterades från flera olika miljöer i syfte att minimera risken för homogen utbildningsnivå och ålder i kontrollgruppen. Personer från fem arbetsgrupper på fyra olika arbetsplatser fyllde i formulären.

5.2 Datainsamlingsmetoder

5.2.1 Toronto Alexithymia Scale TAS (20)

För att undersöka alexitymi användes en svensk översättning av självskattningsformuläret Toronto Alexithymia Scale TAS (20) (Simonson-Sarnecki, et al, 2000). Skalan består av 20 påståenden som skattas på en fem-

gradig Likertskala där 1 stod för *helt fel* och 5 stod för *helt rätt*. Fem av frågorna med omvänd poängsättning. Exempel på påståenden: ”Jag är ofta osäker på vad det är för känsla jag känner.”, ”Jag vet ofta inte varför jag är arg”.

Skalan har en totalpoäng mellan 20 och 100. Personer som skattar värden större eller lika med 61 poäng uppfyller kriteriet för alexitymi. Värden mellan 51 och 60 står för möjlig alexitymi. Skalan innehåller tre delskalor som återspeglar de tre faktorerna i alexitymikonstrukten 1) svårigheter att identifiera känslor och att differentiera mellan känslor och andra fysiska upplevelser (SIK); 2) svårigheter att beskriva känslor för andra (SBK) och 3) ett externt orienterat tänkande (EOT) (Simonsson-Sarnecki, 2001). Den svenska översättningen är validerad med en Cronbach alfa på 0,83 för hela skalan ($p < .05$) (Simonsson-Sarnecki, et al, 2000). För delskalorna anges: SIK ($\alpha = 0,79$) SBK ($\alpha = 0,77$) och EOT ($\alpha = 0,67$).

Det ursprungliga formuläret är utvecklat av Bagby, R.M, och Taylor G.J. (University of Toronto och Parker, J.D.A. (Trent University) (Bagby, Parker och Taylor, 1994) och är ett frekvent använt självskattningsinstrument för att undersöka förekomst och grad av alexitymi i olika sammanhang och hos olika grupper. Ursprungsinstrumentet har goda psykometriska egenskaper med Cronbachs alfa-värden för formulärets totaltsumma ($\alpha = 0,74$ till $\alpha = 0,85$).

5.2.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

För att skatta patienternas ångest- och depressionsbenägenhet användes en svensk översättning av skattningsskalan HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond & Snaith, 1983). Formuläret är utvecklat för att mäta ångest och depression hos patienter inom somatisk vård. HADS har två delskalor; HADS-ångest och HADS-depression med sju påståenden för varje delskala. Påståenden skattas på en fyrgradig Likertskala från 0-3 poäng, där sex frågor har omvänd poängsättning. Svaren anges utifrån hur ofta hen har upplevt något den senaste veckan. Exempel på påståenden är; ”som om något förfärligt kommer att hända”, ”uppskattar samma saker som förut”. Varje delskala har en maxpoäng på 21. Poäng mellan 8-10 betraktas som en indikation på att ångest- respektive depressionstillstånd kan föreligga. Vid poäng mellan 11 och 14 finns det sannolikt en kliniskt relevant ångest eller depression. Mer än 15 poäng är en indikation på svår ångest respektive depression. I en utvärdering av den svenska versionen av HADS (Lisspers, Nygren och Söderman, 1997) med 624 slumpvis utvalda personer fås ett medelvärde på 4,55 poäng (SD 3,73) för HADS-ångest och 3,98 (SD 3,46) för HADS-depression. När gränsvärdet 11 poäng användes var förekomsten av ångest i undersökningsgruppen 8 % och förekomsten av depression var 11 %.

Delskalorna i den ursprungliga versionen uppvisar god reliabilitet. Den interna samstämmigheten för de båda skalorna varierar mellan $r = 0,76$ och $r = 0,41$ för ångest och mellan $r = 0,60$ och $r = 0,30$ för depression och Cronbach alfa mellan ($\alpha = 0,89$ och $\alpha = 0,93$).

5.2.3 Egenkonstruerade frågor

Deltagarna i studien fick också svara på om de under de senaste åren drabbats av en eller flera svåra livshändelser (t ex dödsfall av nära anhörig eller annan betydelsefull person, skilsmässa, förlust av arbete, bevittnat eller varit utsatt för fysiskt/psykiskt våld eller annan händelse som haft stor inverkan på livet på ett negativt sätt). Svartalternativen var: *Nej, Ja* eller *Ja, flera svåra händelser*. De fick också besvara frågan om de fått samtalshjälp för att hantera eventuella sådana händelser. Svartalternativen var *Ja* eller *Nej*.

Kontrollgruppen tillfrågades om kön, ålder samt huruvida de hade en hörselnedsättning. De fick också besvara frågan; ”*Har du tinnitus?*”. Svartalternativen var; *Nej, Ja* eller *Ja, och det hindrar mig i vardagen*.

5.3 Bearbetningsmetoder

Insamlade data bearbetades med hjälp av statistikprogrammet SPSS 22. För att jämföra undersökningsgruppen och kontrollgruppen med avseende på förekomst av alexitymi respektive svåra livshändelser används chi-två test. För att jämföra poäng på den använda alexitymiskalan och ångest- och depressionsbenägenhet i kontrollgrupp och undersökningsgrupp användes t-test för oberoende stickprov. Därutöver genomfördes en korrelationsanalys.

5.4 Genomförande

Under perioden september till november 2014 förbereddes undersökningen och dess genomförande förankrades hos ledningen på Hörsel- och balanskliniken på Karolinska universitetssjukhuset. Detta skedde genom delning av den forskningsplan och det brev med informerat samtycke (se Bilaga 1) som tagits fram samt genom muntlig kommunikation. De frågeformulär som planerades användas förevisades också för medicinsk ansvarig läkare på Vuxenrehabiliteringen på Hörsel- och balanskliniken.

Patienter som deltog vid det psykoedukativa momentet tinnusinformation besvarade undersökningens frågeformulär. Tinnusinformationen utgör av 2 h information om tinnitus och tinnitusbesvär och genomförs av en audionom och en psykolog. Under perioden 19 januari till 19 mars 2015 hölls fyra stycken tinnusinformationer. Vid dessa tillfällen fick deltagarna via muntlig presentation ta del av innehållet i brevet med informerat samtycke och erbjöds möjlighet att fylla i skalorna antingen på plats eller ta med dessa hem och återsända i frisvarskuvert. Flertalet fyllde i dessa på plats. 36 av de 41 patienter som deltog vid tinnusinformationerna fyllde i skattningsskalorna. Tre män och två kvinnor avstod från att fylla i frågeformulären. Skattningarna av tinnitusbesvären på THI skalan var i tre fall lägre än 57.

För att motverka risken för att antalet försökspersoner skulle bli otillräckligt identifierades även de patienter som deltagit i tinnusinformationsmomentet under hösten 2014. De patienter som deltagit i de tre sista tillfällena valdes ut för att ingå i undersökningsgruppen. Ett utskick förbereddes och skickades till

patienterna i början på januari 2015. Påminnelser skickas till patienterna under februari månad. Patienterna erhöll i båda utskicken skattningsskalorna, två brev med informerat samtycke (ett att behålla och ett att skriva under och skicka tillbaka) samt ett frisvarskuvert. 13 av 25 patienter fyllde i skattningsformulären. Nio av de som valt att avstå att fylla i frågeformulären var kvinnor och tre var män. Tre av dessa har skattat 90 eller högre THI-skalan (max är 100), för två patienter saknas THI-skattning och åtta har skattat runt gränsvärdet för att tillhöra patientgruppen med svåra tinnitusbesvär.

Den sammanlagda svarsfrekvensen för undersökningen är 74 %. Fördelningen mellan kvinnor och män var den samma i bortfallet som i hela undersökningsgruppen. Under mars 2015 rekryterades deltagare till kontrollgruppen. Vid tre av arbetsplatserna tillfrågades personal om att medverka i undersökningen i samband med arbetsmöten och i två fall söktes de upp där de satt samman och arbetade. I samtliga fall fylldes skalorna i på plats och lades i undertecknads kuvert för ändamålet.

6 Forskningsetiska frågeställningar

Undersökningen har genomförts i enlighet med de forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet (2002) föreskriver. Deltagarna erhöll skriftlig information om projektet i samband med erbjudandet att delta i studien. Villkoren för deltagandet presenterades och det var i enlighet med forskningsetiska principer frivilligt med möjlighet att avbryta/avstå ifrån när som helst utan att detta medför några som helst negativa konsekvenser. Skriftligt samtycke till deltagande i studien inhämtades. Insamlade uppgifter behandlas konfidentiellt och kan efter studiens avslutande inte kopplas till uppgiftslämnaren. Inga namn eller personuppgifter lagras eller publiceras och uppgifterna används endast i föreliggande undersökning. Under pågående studie förvarades de numrerade insamlade enkäterna så att ingen koppling till patienterna identitet kunde göras. Kontrollgruppen erhöll motsvarande information men fyllde inte i något informerat samtycke då de inte var patienter. Etikprövning på Karolinska Sjukhuset gjordes inte då detta är en förstudie/utvecklingsprojekt.

7 Resultat

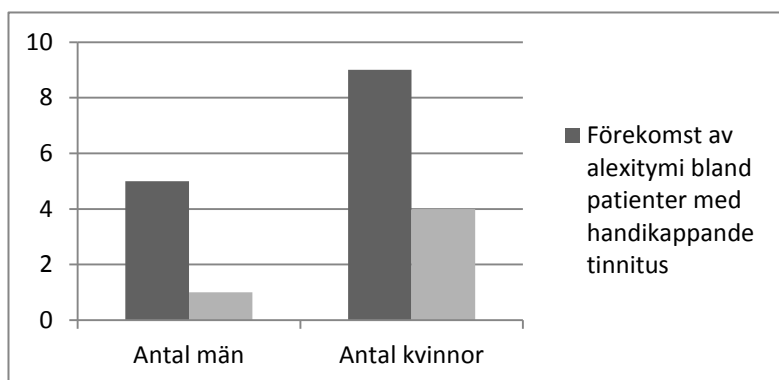
7.1 Deskriptiva data

7.1.1 Alexitymi

Andelen personer som uppfyllde kriterierna för alexitymi enligt TAS(20) var 29 procent i undersökningsgruppen och 9 procent i kontrollgruppen.

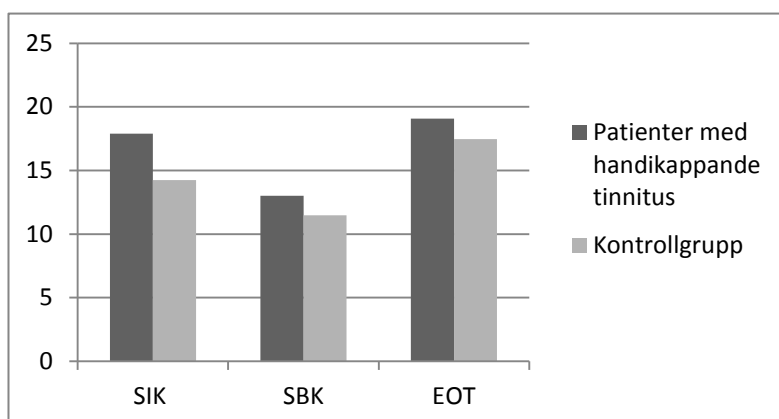
I figur 1 illustreras grafiskt antalet personer som uppfyllde diagnoskriterierna för alexitymi enligt TAS(20) i undersökningsgrupp respektive kontrollgrupp. Förekomsten av alexitymi var 29 procent i undersökningsgruppen och 9 procent i kontrollgruppen. Totalt 19 personer uppfyller kriterierna för alexitymi enligt TAS(20). Av dessa är sex män och tretton är kvinnor. Fem män i undersökningsgruppen uppfyller kriterierna och en man i kontrollgruppen. Bland

kvinnorna uppfyller nio i undersökningsgruppen kriterierna och fyra i kontrollgruppen.



Figur 1 Förekomst av alexitymi undersökningsgrupp och kontrollgrupp mätt med TAS(20).

I figur 2 presenteras medelvärden av skattningarna på delskalorna i TAS (20) SIK (Svårigheter att identifiera känslor och att differentiera mellan känslor och andra fysiska upplevelser). SBK (svårigheter att beskriva känslor för andra) och EOT (ett externt orienterat tänkande).



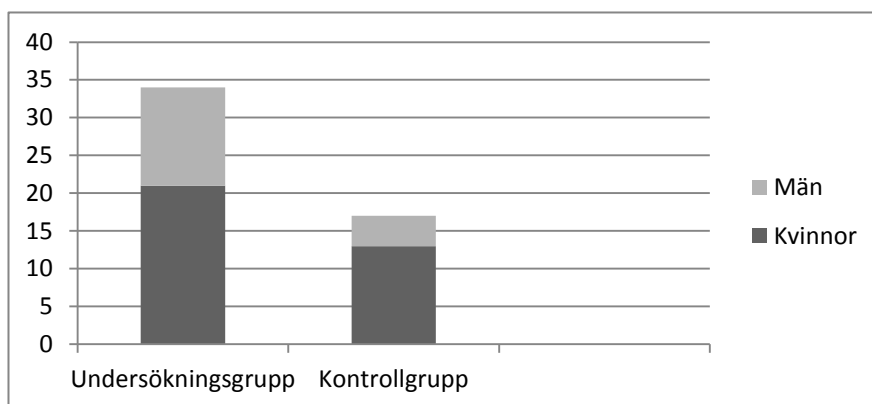
Figur 2 Medelvärden på delskalorna på TAS (20) i undersökningsgrupp och kontrollgrupp.

7.1.2 Förekomst av svåra livshändelser och ångest- och depressionsbenägenhet.

I undersökningsgruppen har 70 procent varit med om en eller flera svåra livshändelser de senaste tre åren. I kontrollgruppen är motsvarande andel 30 %. (Figur 3). 30 % av de som rapporterar att de varit med om svåra livshändelser har fått samtalshjälp för att hantera dessa.

I undersökningsgruppen har 34 personer varit med om en eller flera svåra livshändelser de senaste tre åren. I kontrollgruppen är motsvarande siffra 17.

Figur 3 visar hur undersökningsgrupp och kontrollgrupp skiljer sig åt med avseende på förekomst av svåra livshändelser fördelat på män och kvinnor.



Figur 3 Förekomst av svåra livshändelser i undersökningsgrupp och kontrollgrupp, fördelat på män och kvinnor

Skattningar med hjälp av HADS visar att 18 procent av undersökningsgruppen, dvs patienterna med handikappande tinnitusbesvär, har en depressivitet som sannolikt är av klinisk relevans. Motsvarande andel för i kontrollgruppen är nio procent. Skattningarna på delskalan ångest i HADS visar att 49 procent i undersökningsgruppen har en ångestnivå med sannolik klinisk relevans, medan motsvarande ångestnivå i kontrollgruppen är 17 procent. I undersökningsgruppen skattar 18 procent svår ångest enligt HADS och i kontrollgruppen fyra procent.

7.2 Analys av resultatet

7.2.1 Alexitymi

För att kontrollera om förekomsten av alexitymi var högre i undersökningsgruppen än i kontrollgruppen genomfördes Chi-två test. Testen gjordes först på hela gruppen och därefter fördelat på kön. Därefter kontrollerade skillnaden mellan grupperna avseende totalpoäng på hela alexitymiskalan med hjälp av t-test för oberoende stickprov; först på hela gruppen och därefter fördelat på kön. För att få en fördjupning gjordes t-test för oberoende stickprov även på de tre delfaktorerna som skalan består av.

I tabell 1 redovisas medelvärden och standardavvikelse för erhållna poäng på alexitymiskalan i undersökningsgrupp (32 kvinnor och 17 män) och kontrollgrupp (35 kvinnor och 18 män).

Tabell 1 **Alexitymi**. Medelvärden och standarsavvikelser för undersökningsgrupp och kontrollgrupp

	M undersöknings- grupp (n=49)	SD undersöknings- grupp	M kontrollgrupp (n=54)	SD kontrollgrupp
TAS	50,37	13,19	43,33	12,19
TAS kvinnor	48,31	14,03	44,86	12,64
TAS män	54,24	10,79	40,39	11,39
SIK	17,90	5,82	14,24	5,28
SIK kvinnor	17,06	6,04	14,89	5,57
SIK män	17,06	6,04	14,89	5,57
SBK	13,02	4,68	11,48	4,08
SBK kvinnor	12,44	4,758	11,58	4,03
SBK män	14,12	4,44	11,28	4,30
EOT	19,08	5,54	17,46	4,952
EOT kvinnor	18,84	5,60	17,56	4,81
EOT män	19,53	5,56	17,28	5,36

Studiens huvudresultat är att det är en signifikant skillnad i förekomsten av alexitymi mellan undersökningsgruppen och kontrollgruppen. Skillnaden består i att förekomsten av alexitymi är högre i undersökningsgruppen än i kontrollgruppen ($\chi^2 = 6,369$, $df=1$, $p= 0,012$). När en uppdelning i undergrupperna män och kvinnor görs erhålls ingen signifikant skillnad i förekomst av alexitymi.

När undersökningsgrupp och kontrollgrupp jämförs med avseende på hur många poäng de erhållit på skattningsskalan för alexitymi erhålls också en signifikant skillnad. Skillnaden består i att undersökningsgruppen skattar i genomsnitt högre på skalan än vad kontrollgruppen gör ($t(101) = -2,813$, $p < 0,01$). Motsvarande t-test för män respektive kvinnor visar en signifikant skillnad för män, men inte för kvinnor. Skillnaden för män består i skattningarna på alexitymi skalan i genomsnitt är högre i undersökningsgruppen än i kontrollgruppen ($t(33) = -3,698$, $p < 0,01$).

I den fördjupad analys av de olika delfaktorernas i TAS (20) erhålls ett signifikant resultat för delskalan SIK (Svårigheter att identifiera känslor och att differentiera mellan känslor och andra fysiska upplevelser). Skillnaden består i att undersökningsgruppen skattar högre än kontrollgruppen på delskalan SIK. Den högre poängen innebär ökad svårighetsgrad. ($t(101) = -3,345, p < 0,01$) Motsvarande skillnad mellan undersökningsgrupp och kontrollgrupp gäller även för män ($t(33) = -3,981, p < 0,01$). För kvinnorna erhålls inga signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupp och kontrollgrupp. För delskalorna SBK (svårigheter att beskriva känslor för andra) och EOT (ett externt orienterat tänkande) erhålls inga signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupp och kontrollgrupp vare sig totalt eller fördelat på kön. För att undersöka hur de olika variablerna korrelerade med varandra och framför allt om graden av tinnitusbesvär kunde förklaras av graden av alexitymi gjordes en korrelationsanalys. Korrelationsanalysen visade att graden av skattade tinnitusbesvär enligt THI inte signifikant korrelerade med alexitymi mätt med TAS(20) ($r=0,14$). Det är därför inte motiverat att gå vidare med en regressionsanalys av samband mellan THI och TAS.

7.2.2 Förekomst av svåra livshändelser och ångest- och depressionsbenägenhet

Ångest- och depressionsbenägenhet undersöktes med t-test för oberoende stickprov, på hela gruppen och per kön. För att undersöka förekomsten av svåra livshändelser gjordes chi-två test på förekomsten av svåra livshändelser på hela gruppen och per kön. Testet gjordes på summan av de som rapporterat en svår livshändelse och flera svåra livshändelser. I tabell 2 redovisas medelvärden och standardavvikelser för ångest- och depressions benägenhet i undersökningsgruppen (32 kvinnor och 17 män) och i kontrollgruppen (35 kvinnor och 18 män).

Tabell 2 **Ångest och depression.** Medelvärden och standarsavvikelser för undersökningsgrupp och kontrollgrupp

	M undersöknings- grupp (n=49)	SD undersöknings- grupp	M kontrollgrupp (n=54)	SD kontrollgrupp
HADS ångest	10,41	4,45	6,44	3,88
HADS ångest kvinnor	10,5	4,29	6,67	3,97
HADS ångest män	10,23	4,88	6	3,77
HADS depression	7,59	3,35	4,96	3,67
HADS depression kvinnor	7,41	3,17	5,28	3,78
HADS depression män	7,94	3,73	4,33	3,43

När ångest- och depressionsbenägenhet skattas med hjälp av HADS erhålls signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupp och kontrollgrupp för både ångest och depression. Skillnaden består i att graden av ångest är högre i undersökningsgruppen än i kontrollgruppen ($t(101)=-4,825, p<0,01$) och graden av depression är högre i undersökningsgruppen än i kontrollgruppen ($t(101)=-3,788, p<0,01$). När en uppdelning i undergrupperna män och kvinnor görs erhålls ingen skillnad mellan könen, utan graden av depression och ångest är signifikant högre i undersökningsgruppen jämfört med kontrollgruppen i både gruppen män och i gruppen kvinnor.

Studien visar vidare på en signifikant skillnad i förekomst av svåra livshändelser mellan undersökningsgrupp och kontrollgrupp. Skillnaden består i att förekomsten av svåra livshändelser är högre i undersökningsgruppen än i kontrollgruppen ($\chi^2 = 10,513, df=1, p=0,001$). Förekomsten av svåra livshändelser bland män är också signifikant högre i undersökningsgruppen än i kontrollgruppen ($\chi^2 = 3,778, df=18, p=0,004$). Däremot erhålls inga signifikanta skillnader för kvinnorna.

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Valet av frågeställning och kvantitativ metod motiveras av en god förkunskap om den aktuella patientgruppen. Det var därför möjligt att välja ut två psykologiska faktorer (alexitymi och förekomst av svåra livshändelser) och undersöka dessa tillsammans med de faktorerna depression och ångest som i ett flertal studier konstaterats förekomma samtidigt med tinnitusbesvär och att undersöka dessa i en kvantitativ undersökning.

En svaghet i studien är att det finns skillnader i när patienterna fyllt i skattningsskalorna. Merparten av undersökningsdeltagarna har fyllt i skattningsskalorna i direkt anslutning till tinnitusinformationen (36 patienter), medan 13 patienter fyllt i dessa i efterhand i hemmet, vilket innebär att upp till tre månader kan ha förflutit från informationstillfället. Tidsfaktorn torde inte ha betydelse för de svar som erhålls i TAS(20) då alexitymi rimligen inte förändras under några månader. Förekomsten av svåra livshändelser de senaste åren påverkas inte heller. De andra delskalorna kan dock ha påverkats av tidsfaktorn. Om en självskattningsskala fylls i hemma eller i samband med ett vårdbesök har sannolikt också betydelse för utfallet, men det är svårt att veta vilken. Reliabiliteten som bestäms av möjligheterna att få ett tillförlitligt resultat för samma mätning vid olika tidpunkter bedöms därför vara hög för TAS (20) och för frågan "Har du varit med om svåra livshändelser de senaste tre åren?".

De skalor som använts är utprovade och har god intern konsistens, vilket bidrar till en hög reliabilitet. En generell invändning kan emellertid göras mot skattningsskalor på grund av dess subjektivitet och känslighet för yttre påverkan. När dessa fylls i samband med att vård söks finns dels en risk att patienter

överskattar sina besvär för att snabbt erhålla vård och dels en risk att symtomen ökar på grund av tillfälligt ökat fokus på den egna tinnitusen. För att motverka detta informerades patienterna om att skalorna inte hade inverkan på vården och att dessa var anonyma. Det kan dock inte uteslutas att de två skalorna som skattade symptom (HADS och THI) kan innehålla överskattningar. Merparten av undersökningsdeltagarna fyllde i skalorna i anslutning till det psykoedukativa momentet. Det finns därmed en risk för att symptomskattningarna är högre på grund av att patienten de närmast föregående timmarna haft fokus på tinnitus och tinnitusbesvär. Resultaten avseende alexitymi och förekomsten av svåra livshändelser bör dock inte ha påverkats då alexitymi och förekomsten av svåra livshändelser inte fluktuerar över tid på motsvarande sätt som ångest, depressiva symptom och tinnitusbesvär kan göra. Däremot kan det vara en faktor som skulle kunna förklara att inget samband mellan graden av tinnitusbesvär och graden av alexitymi och förekomsten av svåra livshändelser. En annan möjlig förklaring till att ingen korrelation erhålls är att undersökningsgruppen satts samman så att den består av personer som skattat sina tinnitusbesvär högt, vilket innebär att spridningen helt enkelt blir för liten för att hitta statistiska signifikanta samband.

I undersökningsgruppen finns två personer inkluderade som skattat mindre än 57 på THI (vilket var gränsvärdet både för att vara patient på kliniken och delta i studien). Dessa personer hade tinnitusbesvär som av vårdgivare bedömts som så pass handikappande att en remiss för tinnitusinformation var befogad. Korrelationen mellan THI och undersökningsvärden gjordes även utan dessa personer. Inte heller då erhöles någon korrelation. Att behovet av tinnitusinformation kan bedömas vara rätt åtgärd även vid THI under 57 visar att en helhetsbedömning ibland är nödvändig. Det kan också förstås som att skattningsskalan THI ibland blir ett otillräckligt mått på besvärsupplevelse, vilket möjligen kan vara en del av förklaringen till att graden av tinnitusbesvär inte korrelerar med någon annan faktor i den korrelationsanalys som gjorts.

Undersökningen visar på signifikanta skillnader mellan grupperna i hur höga poäng som erhålls på alexitymiskalan och förekomsten av svåra livshändelser för män, men inte för kvinnor. Det är svårt att veta om det är ett resultat som säger något om hur det är eller om det på gruppnivå kan finnas en skillnad i mäns och kvinnors sätt att fylla i självskattningsskalor som handlar om skillnader i känslomässiga reaktioner. Skattningarna av depression och ångest följer inte samma mönster, vilket kan tala emot att det handlar om skilda sätt att fylla i självskattningsskalor, men det är samtidigt en annan typ av skala och inte en garanti för god validitet i den delen av studien.

Genom att använda HADS och TAS (20) som är frekvent använda och validerade mätinstrument stärks undersökningens totala validitet. Den egenkonstruerade frågan *"Har du varit med om svåra livshändelser de senaste tre åren?"*, däremot ger utrymme för tolkning och utgör en svaghet när det gäller resultatens validitet. Att exemplifiera vad en svår livshändelse kan innebära var ett försök att hantera otydligheten, men vad som är en svår livshändelse är en subjektiv upplevelse och

exemplen skulle också kunna leda fel. Det finns också en möjlighet att patienter som plötsligt drabbats av svåra tinnitusbesvär under de sista tre åren skulle kunna ha angivit tinnitusdebuten som en svår livshändelse. Det kan också vara så att patienter inte erinrar sig svåra händelser i samband med att enkäten besvaras. Risken minskas något genom att begränsa tidsrymden för den svåra livshändelsen till tre år. Utifrån egen erfarenhet är det dock inte ovanligt att patienter kan erinra sig svåra livshändelser först efter flera samtal. Påverkan av detta skulle i så fall innebära en underskattning av förekomsten av svåra livshändelser i både undersökningsgrupp och kontrollgrupp.

När det gäller bortfallet var totalt elva av de som valt att avstå att fylla i enkäten var kvinnor och sex män. Tre av dessa har skattat 90 eller högre THI-skalan (max är 100), för två patienter saknas THI-skattning och elva har skattat runt gränsvärdet för att tillhöra patientgruppen med svåra tinnitusbesvär. Det går inte att utesluta att de uteblivna svaren kan ha påverkat undersökningens resultat, men utifrån patienternas THI-skattningar finns inget skäl att tro att det handlar om ett systematiskt bortfall som skulle påverka undersökningens resultat. Flertalet av de som valt att avstå återfinns inom gruppen som besvarat frågeformulären i efterhand, vilket inte är förvånande. Förklaringen till bortfallet hos dessa finns sannolikt i bristande motivation, både på grund av en lägre besvärnivå och att det förflutit en tid sedan kontakten med kliniken.

Undersökningens resultat behöver också förstås i skenet av att det är symtom som beskrivits i skattningsformulär och resultaten fås på gruppnivå. Handikappande tinnitusbesvär kan uppstå av många olika skäl och frågan är i vilken utsträckning det är meningsfullt att tala om patienter med handikappande tinnitus som en enhetlig grupp. Det bidrar till bedömningen att generaliserbarheten av undersökningens kvantitativa resultat är starkt begränsad. De erhållna resultaten skulle dock kunna vara starkare i en subgrupp av tinnituspatienter, men för detta krävs ett betydligt större empiriskt material. Däremot kan kunskapen om att det kan finnas ett flertal psykologiska faktorer att ta i beaktande sannolikt överföras på andra populationer av normalhörande patienter med svårt handikappande tinnitusbesvär.

8.2 Resultatdiskussion

Undersökningen visar signifikant högre förekomst av alexitymi hos normalhörande patienter med handikappande tinnitusbesvär jämfört med kontrollgruppen. Skillnaden mellan undersökningsgrupp och kontrollgrupp är även signifikant när en jämförelse görs mellan hur många poäng som erhållits på skattningsskalan för alexitymi, dvs när även personer som inte uppfyller diagnoskriteriet för alexitymi. Däremot kan inte graden av tinnitusbesvär förklaras av graden av alexitymi. Det positiva sambandet mellan alexitymi och tinnitus och att graden av tinnitusbesvär inte förklaras av graden av alexitymi ligger i linje med de resultat som presenterats i Salonen et al (2007).

Av patienterna med handikappande tinnitus uppfyller 29 procent diagnoskriterierna för alexitymi enligt TAS (20). Det kan jämföras med en förekomst på cirka 10 procent i normalbefolkningen och 40-60 procent förekomst i studier av psykosomatiska patienter (Taylor, 2000). Förekomsten av alexitymi i kontrollgruppen (9 procent) ligger i linje med den förekomst på 10 procent i normalpopulationen som presenterats ovan. När data analyseras utifrån variabeln kön framkommer att det genomsnittliga antalet poäng på alexitymiskalan och förekomsten av svåra livshändelser är signifikanta för männen, men inte för kvinnorna. Tittar man närmare på siffrorna ser man att fem män i undersökningsgruppen uppfyller kriterierna för alexitymi och en man i kontrollgruppen. Bland kvinnorna uppfyller nio i undersökningsgruppen kriterierna och fyra i kontrollgruppen. Det är alltså en tydlig skillnad mellan grupperna uppdelat på kön när det gäller att uppfylla diagnoskriterierna, men inte när medelvärdet av skattningarna jämförs. En möjlig förklaring är att det i kontrollgruppen finns ett stort antal kvinnor som skattar högt på TAS (20), men som inte uppfyller diagnos för alexitymi. En analys av de tre delskalorna inom TAS(20) visar att faktorn SIK (Svårigheter att identifiera känslor och att differentiera mellan känslor och andra fysiska upplevelser) enskilt är signifikant högre i undersökningsgruppen än i kontrollgruppen. Denna skillnad är signifikant för männen i undersökningen, men inte för kvinnorna. Det talar för att det är männen i undersökningen som bidragit till de signifikanta resultaten avseende alexitymi.

HADS användes för att få en skattning av patienternas depressions- och ångestbenägenhet. Skattningen av depression och ångest hos undersökningsgruppen som ligger på 18 respektive 49 procent, kan jämföras med två svenska studier av tinnituspatienter där HADS har använts. I den ena (Zöger Svedlund & Holgers, 2001) är förekomsten av depression 12 procent och förekomsten av ångest 8 procent (med samma gränsvärde som i föreliggande undersökning). I en annan undersökning (Andersson et al 2003) var förekomsten av depression 17 procent och av ångest 25 procent. I den senare undersökningen ingick 157 personer och i den första 82. En sannolik förklaring till den högre andelen patienter med depression och ångest med sannolik klinisk relevans är att föreliggande undersökning enbart inkluderat personer med svårare tinnitusbesvär.

Förekomsten av svåra livshändelser är en egenkonstruerad fråga och förekomsten kan därmed inte jämföras med annat än kontrollgruppen.

De patienter med handikappande tinnitus som ingår i studien skattar sammantaget högre på ångest, depression och alexitymiskalan (TAS (20)) och en högre andel rapporterar svåra livshändelser under de senaste tre åren än vad kontrollgruppen gör. Detsamma gäller förekomsten av svåra livshändelser. De patienter som ingår i studien uppvisar med andra ord sårbarhet och belastning på flera psykologiska plan, vilket ligger i linje med de resultat som presenterats i tidigare studier (Milerová et al., 2013; Kleinstäuber et al., 2013; Zöger et al., 2006; Zirke, Seydel, Arsot et al. 2013). Alexitymi och förekomst av svåra livshändelser skulle

tillsammans kunna utgöra en belastning då en hög grad av alexitymi skulle kunna försvåra bearbetning av händelsen. Att en patient varit med om en svår livshändelse säger dock inte så mycket om vare sig händelsen eller eventuella följder. Det kan, men behöver inte innebära att patienten varit med om händelser som är potentiellt traumatiserande och att vissa patienter kan vara traumatiserade.

Däremot går det inte att säga något om riktningen i sambandet. I vilken utsträckning är det ångest och depressivitet som bidrar till handikappande tinnitusbesvär och i vilken utsträckning är det tinnitusbesvären som skapar ångest och nedstämdhet? Ett tredje perspektiv är att tinnitus blir så mycket svårare att hantera vid depression eller ångest precis som smärta blir svårare att hantera. Det finns också en annan tänkbar relation mellan tinnitus, affekter och ångest. Fredrickson (2013) menar att ångest kan ta sig uttryck i form av ringningar i öronen. Den höga graden av ångest hos tinnituspatienterna kan också förstås utifrån att ångest i viss mån står i motsats till att kunna uppfatta och beskriva känslor (McCullough Valliant, 1997; McCullough & Magill). Utifrån detta sätt att resonera skulle hög grad av alexitymi kunna bidra till höga nivåer av ångest som kan ta sig uttryck i tinnitusbesvär. Sammanfattningsvis kan det sannolikt finnas flera olika samband mellan framför allt ångest och tinnitus. Även om en riktningen på sambandet för en viss patient skulle kunna fastställas vid en viss tidpunkt, kanske riktningen på sambandet är omvänt vid en annan tidpunkt. Sammantaget ger det en god bild av komplexiteten vid bemötandet av patienter med handikappande tinnitusbesvär.

Undersökningens resultat har ett flertal terapeutiska implikationer. Om en knapp tredjedel av patienterna med handikappande tinnitus uppfyller kriterierna för alexitymi och ytterligare en grupp skattar högt, men inte tillräckligt högt för att uppfylla kriterierna för alexitymi enligt TAS (20) bör detta ha betydelse för behandlingsfokus och övervägande av olika terapialternativ.

Frågan är om graden av alexitymi går att påverka? Beroende på hur man ser på vad som ligger bakom höga skattningar på en skala som mäter alexitymi blir svaret olika. Om till exempel synen är att höga skattningar på alexitymiskalan säger något om personlighetsorganisation blir det en av flera faktorer som är viktig att ta i beaktande inför bedömning av terapilängd. Synsättet att det bakom höga poäng på alexitymiskalan skulle dölja sig affektfobier öppnar för affektfokuserade inslag i behandlingen. Affektfokuserade terapiformer bygger på tanken om att det finns underliggande konflikter som ligger i vägen för att åtkomsten av vissa känslor (Osborn, Ulvenes, Wampold & McCullough, 2014; McCullough & Magill, 2009). Det finns en metastudie vars resultat tyder på ett positivt samband mellan att terapeuter stimulerar/förstärker känslomässiga upplevelser och uttryck hos patienter och en förbättring för dessa patienter i psykodynamisk terapi (Diener, Hilsenroth & Weinberger, 2007). Evidens finns vidare för att affektfokuserade korttidspsykoterapier behandlingsmetoder har goda behandlingsresultat även då personlighetsstörningar förekommer hos patienter (Winston et al., 1994; Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004). I Taylor (2000) rekommenderas kliniker inom

somatiken att vara observanta på förekomst av alexitymi hos patienter då detta på ett flertal sätt kan bidra till att försämra hälsan. Fenomenet alexitymi kan mätas med skattningsskalor och fenomenet kan observeras. Utifrån den teoretiska genomgång som gjorts i uppsatsen dras dock slutsatsen att ”orsakerna” till alexitymi sannolikt skiljer sig åt mellan olika individer, vilket har betydelse för en psykologisk behandling.

Mot bakgrund av studiens resultat framstår individanpassad psykologisk behandling som lämplig för patienter som söker för svårare tinnitusbesvär. Ett flertal av patienterna i studien skattar högt på både alexitymi, depression, ångest och förekomst av svåra livshändelser, vilket är faktorer som inte självklart kan förklaras av varandra. Det är därför sannolikt att en hög grad av individuell anpassning skulle vara gynnsamt för patientgruppen. Nackdelen med individuellt anpassade behandlingsupplägg är att behandlingar blir svåra att evidensbasera. Utvärderingar kan dock göras med hjälp av skattningsformulär.

Det skulle vara intressant att utforma ett behandlingsupplägg för patienter med handikappande tinnitus som baseras på affektfokuserad terapi. Då bilden kring tinnitusbesvären är komplex finns det mycket som talar för att en symtomreduktion, som ofta är syftet med de standardiserade/manualiserade behandlingar som vården erbjuder, visserligen kan vara nödvändigt och hjälpsamt, men inte nödvändigtvis tillräcklig för svårare tinnitusbesvär.

Ett affektfokus skulle vara gynnsamt för flera av de olika symtombilder och omständigheter som tinnituspacienter presenterar, men också för att adressera alexitymi i sig. Taylor (2000) finner i en forskningsöversikt visst stöd för att alexitymi har kunnat minskas genom terapi som innehåller tekniker för att öka känslomässig medvetenhet. Detta lyfts även fram i Abbass et al. (2009). Affektfokuserade terapiformer har gemensamma drag med psykoterapeutiskt arbete generellt, men har utifrån olika modeller ett utökat fokus på affekter och bygger i varierande utsträckning på kunskap både från kognitiv beteendeterapi (t ex exponering för känslor) och från psykodynamisk skolbildning (intensivt arbete med försvar som i Intensive Short Term Dynamic Psykoterapy, ISTDP enligt Fredrickson, (2013)). Det betyder ibland, men inte alltid en integration mellan kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi.

På den klinik där undersökningen är genomförd träffar en mindre del av patienter med handikappande tinnitus en psykolog eller kurator, medan en betydligt större andel skattar högt på de skalor som används i undersökningen. Även om inte tinnitusbesvären beror på psykologiska faktorer så utgör dessa rimligen en försvårande omständighet för att minska tinnitusbesvären.

8.3 Förslag till fortsatt forskning

En större undersökningsgrupp med motsvarande upplägg skulle möjliggöra två typer av analyser. Försökspersoner med kliniskt relevant ångest eller depressivitet skulle kunna exkluderas och det vore möjligt att undersöka om graden av alexitymi hos normalhörande patienter med handikappande tinnitus är högre då

patienter med ångest och depression exkluderats. Det skulle också vara möjligt att utifrån en eller flera modeller specifikt undersöka sambanden mellan alexitymi och depressivitet och ångest och förekomsten av svåra livshändelser med trauma som följd.

Utifrån de paralleller som dragit till smärtforskning och resultat som tyder på en förhöjd förekomst av alexitymi vore det intressant med en fördjupad studie av hur patienter med stora tinnitusbesvär upplever externa stimuli. Om människor med en hög grad av alexitymi uppfattar signaler från kroppen på ett annorlunda sätt så tillvida att lågintensiv stimulering uppfattas som högintensiv stimulering skulle graden av alexitymi kunna ha betydelse även för hur tinnitussignaler upplevs. På samma sätt som bristande emotionell reglering (som i alexitymi) kan orsaka hypersensitivitet för obehagliga kroppsupplevelser och förlängda smärtrelaterade känslomässiga reaktioner skulle även variationer av besvärsupplevelsen av tinnitus kunna bero av variationer i nervsystemets känslighet. En utökad kunskap om detta skulle kunna bidra till bättre underlag för omhändertagande av patienter med stora tinnitusbesvär.

Det vore även intressant att undersöka om svårigheter att uppfatta känslor och svårigheter att beskriva känslor korrelerade med ökat katastroftänkande kring tinnitus eftersom katastroftänkande och den ångest som kan vara förknippat med det förefaller vidmakthålla tinnitusbesvär.

Inom vården finns idag en stark önskan att erbjuda evidensbaserad psykologisk behandling och olika behandlingsformer behöver kunna motiveras. Evidensbaserade behandlingsstudier av gruppen patienter med handikappande tinnitus vore önskvärt, men är på grund av komplexitet i bakomliggande psykologiska faktorer svår att genomföra rent praktiskt. En ökad kunskap om vad som är hjälpsamt i en psykologisk behandling av patienter med handikappande tinnitus skulle dock kunna fås genom en kvalitativ studie där intervjuer görs med både patienter och behandlare inom olika skolbildningar. Med en sådan kunskap som grund vore det intressant att utforma en behandlingsmodell baserad på affektfokuserad psykoterapi och utvärdera detta kliniskt.

Referensförteckning

- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders – Systematic review and Meta-analyses of Clinical Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265-274, doi:10.1159/000228247
- Andersson, G. (2000). *Tinnitus – orsaker, teorier och behandlingsmöjligheter*. Lund: Studentlitteratur
- Andersson, G., Kaldo-Sandström, V., Ström, L., & Strömgren, T. (2003). Internet administration of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 259-262
- Andersson, G., Airikka, M-L., Buhrman, M., & Kaldo, V. (2005). Dimensions of perfectionism and tinnitus distress. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1), 78-87. doi:10.1080/13548500512331315389
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and crossvalidation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32
- Bagby, M., & Taylor, G. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. In G. Taylor, M. Bagby, J.D.A. Parker, (Eds.), *Disorders of affect regulation - Alexythemia in medical and psychiatric illness* (pp. 26-45). Cambridge: Cambridge University Press
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of Somatization. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 17(2), 151-172. doi:10.1080/07351699709534117
- Bånkestad, E. (2012). *Fear avoidance och acceptans som mediatorer vid tinnitusbesvär – Två modeller jämförs i en enkätstudie*. (D-uppsats vid Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet)
- Cima, R.F.F, Andersson, G., Schmidt, C.J., & Henry, J.A. (2014). Cognitive-Behavioral Treatments for Tinnitus: A Review of the Literature. *Journal of the American Academy of Audiology*. 25(1), 29-61. doi: 10.3766/jaaa.25.1.4.
- Dauman, N. & Erlandsson, S. (2012). Learning from tinnitus patients narratives – A Case study in the psychodynamic approach. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7(27), <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v7i0.19540>
- Diener, M.J., Hilsenroth, M.J., Weinberger, J. (2007). Therapist Affect Focus and Patient Outcomes in Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), pp. 936-941. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.936
- Dobie, RA., Sakai, CS., Sullivan, MD., Katon, WJ. & Russo, J. (1993). Antidepressant treatment of tinnitus patients: report of a randomized clinical trial and clinical prediction of benefit. *American Journal of Otolaryngology*, 14(1), 18-23. Från Medline

- Fosha, D., (2000) *The Transforming Power of Affect - A Model for Accelerated Change*. Basic Books
- Fredrickson, J. (2013). *Co-Creating Change – Effective Dynamic Therapy Techniques*, Kansas City: Seven Liefs Press
- Helmes, E., McNeill, PD., Holden R.R., & Jackson, C. (2008). The Construct of Alexithymia: Associations With Defense Mechanisms, *Journal of Clinical psychology*, 64(3), 318-331. doi: 10.1002/jclp20461
- Henry, J.A., Dennis, K.C., & Schechter, M.A. (2005). General Review of Tinnitus: Prevalence, Mechanism, Effects, and Management. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 48, 1204-1235. Doi: 1092-4388/05/4805-1204
- Hesser, H., & Andersson, G. (2009). The role of anxiety sensitivity and behavioral avoidance in tinnitus disability. *International Journal of Audiology*, 48, 295-299. doi:10.1080/14992020802635325
- Hesser, H., Westin, V., & Andersson, G. (2014). Acceptance as a mediator in internet-delivered acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy for tinnitus. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4), 756-767. doi:10.1007/s10865-013-9525-6 .
- Holgers, K.M., Zöger, S. & Svedlund, K. (2005). Predictive factors for development of severe tinnitus suffering-further characterisation. *International Journal of Audiology*, 44, 584-592. Doi:10.1080/14992020500190235
- Jastreboff P.J. & Hazell, J.W.H., (1993). A neurophysiological approach to tinnitus: clinical implications *British Journal of Audiology*. 27:7-17.
- Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 7(1). (<http://www.Bpsmedicine.com/content/7/1/1>)
- Kleinstäuber, M., Jasper, K., Schweda, I., Hiller, W., Andersson, G., & Weise, C. (2013). The role of fear-avoidance cognitions and behaviours in patients with chronic tinnitus. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(2), 84–99. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2012.717301>
- Langguth, B., Kreuzer, P. M., Kleinjung, T., & De Ridder, D. (2013). Tinnitus: Causes and clinical management. *The Lancet Neurology*, 12(9), 920-930. doi: 0.1016/S1474-4422(13)70160-1.
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., & Steinert, C. (2015). The Empirical Status of Psychodynamic Psychotherapy – An update: Bambi's Alive and Kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 129-148, doi:10.1159/000376584
- Lisspers, J., Nygren, A. & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 96, 281-286
- Loprinzi, P. Maskalick, S. Brown, K., & Gilham, B. (2013). Association between depression and tinnitus in a nationally representative sample of US older

- adults. *Aging & Mental health*, 17(6), 714-717.
<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.775640>
- Martinez, M.P., Sanschez, A.I., Miro, E., Lami, M.J., Prados, G., & Morales, A. (2015). Relationships Between Pysical Symptoms, Emotional Distress, and Pain Appraisal in Fibromyalgia: The Moderator Effect of Alexithymia. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 149(2), 115-140.
 doi:10.1080/00223980.2013.844673
- Mattila, A. K., Poutanen, O., Koivisto, A., Salokangas, R. K. R., & Joukaama. (2007). Alexithymia and life satisfaction in primary healthcare patients. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 48, 523-529
- McCormack, A., Edmondson-Jones, M., Fortnum, H., Dawes P., Munro, K. J. & Moore, D. R. (2013). The prevalence of tinnitus and the relationship with neuroticism in a middle aged UK population. *Journal of psychosomatic Research*, 76(1), 56-60.
- McCullough Valliant, L. (1997). *Changing Character*, New York: Harper Collins Publishers, Inc
- McCullough, L., Magill, M., Affect-Focused Short-Term Dynamic Therapy. (2009). In (Levy, R.A., Ablon, J.S., (Eds.) *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy Bridging the Gap Between Science and Practice* (pp. 249-277), doi: 10.1007/978-1-59745-444-5_11
- Milerová, J., Anders, M., Svorak, T., Sand, P.G., Königer, S., & Langguth, B. (2013). The influence of psychological factors on tinnitus severity. *General Hospital, Psychiatric*, 35(4), 412-416.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.02.008>
- Mohr, A-M., & Hedelund, U. (2005). Tinnitus Person-Centered Therapy. In Tyler, R. S. (Ed.). *Tinnitus treatment - clinical protocols*. NY: Thieme Medical Publisher, Inc
- Möller, A.G. (2000). Similarities between Severe Tinnitus and Chronic Pain. *Journal of American Academic Audiology*, 11, (pp: 115-124)
- Newman, C.W., Jacobson, G.P., Spitzer, J.B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 122, 143-148.
- Osborn, K., Ulvenes, P., Wampold, B. & McCullough, L. (2014). *Creating Change Throug Focusing on Affect: Affect Phobia Therapy. In Engaging Emotion in Cognitive Behavioral Therapy: Experiential Techniques for Promoting Lasting Change*. Guilford Press
- Parker, J.D.A, & Taylor, G. (1997). Relations between alexithymia, personality, and affects. In G. Taylor, M. Bagby, J.D.A. Parker, (Eds.), *Disorders of affect regulation - Alexythemia in medical and psychiatric illness*, (pp. 67-92), Cambridge:Cambridge University Press

- Salonen, J., Johansson, R., & Joukamaa, M. (2007). Alexythemia, depression and tinnitus in elderly people. *General Hospital psychiatry*, 29 (5), 431-435.
doi:10.1016/genhospsych.2007.05.002
- Salvati, M. Macri, F. Terlizzi, S. Melcore, C. Provenzano, A. Capparelli, E. Altissimi, G., & Gianfroni, G. (2013). The Tinnitus Handicap Inventory (THI) as a screening test for psychiatric comorbidity in patients with tinnitus. *Psychosomatics*, 54(3), 248-256.
- Sifneos, P.E. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Simonsson-Sarnecki, M., Lundh, L., Törestad, B., Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2000). A Swedish translation of the 20-item Toronto alexithymia scale: Cross-validation of the factor structure. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41(1), 25-30.
- Simonsson-Sarnecki, M. (2001). *Alexithymia: Studies of Alexithymia in Relation to Somatic Complaints, Cognitive Bias, Emotion, and Affect Intensity*. (Doctoral dissertation, Stockholm University, Department of Psychology)
- Svartberg, M., Stiles, T., & Seltzer, M. (2004). Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 161, 810-817
- Tinnitus vårdprogram. (2011). *Hörsel- och Balanskliniken, Karolinska universitetssjukhuset*.
- Taylor, G. (1997). Affects and alexithymia in medical illness and disease. In G. Taylor, M. Bagby, J.D.A. Parker, (Eds.), *Disorders of affect regulation - Alexythemia in medical and psychiatric illness*, (pp. 216-247), Cambridge: Cambridge University Press
- Taylor, G.J. (2000). Recent development in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-143.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet, Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wallhauser-Franke, E., Delb, W., Balkenhol, T, Hiller, W., Hörmann, K. (2014). Tinnitus-Related Distress and the Personality Characteristic Resilience. *Neural Plasticity*, Article ID 370307, doi.org/10.1155/2014/370307
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L.W., McCullough, L., Muran, J.C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 151(2), 190-194
- Zetterqvist (fd Westin), V (2011). *Tinnitus - an acceptance based approach*. (Doctoral dissertation, Linköping University, Department of Behavioural Sciences and Learning).

- Zigmond, A.S., & Snaith R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370
- Zirke, N., Seydel, C., Arsoy, D., Klapp, B.F., Haupt, H., Szczepek, A.J., & Goebel, G. (2013). Analysis of mental disorders in tinnitus patients performed with Composite International Diagnostic Interview. In Quality of life Research: *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 22(8), 2095-2104
- Zirke, N., Seydel, C., Szczepek, A.J., Olze, H., Haupt, H. & Mazurek B. (2013). Psychological comorbidity in patients with chronic tinnitus: Analysis and comparison with chronic pain, asthma or atopic dermatitis patients, in Quality of life Research: *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 22(2), 263-272
- Zöger, S., Svedlund, J., & Holgers, K. M. (2001). Psychiatric disorders in tinnitus patients without severe hearing impairment: 24 month follow-up of patients at an audiological clinic. *Audiology*, 40, 133-140.
- Zöger, S., Svedlund, J., & Holgers, K.M. (2006). Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics*, 47(4), 282-288

Bilaga 1

Vuxenrehabilitering, Hörselkliniken

Stockholm 2014-12-08

Rosenlunds sjukhus

Till dig som söker vård för tinnitusbesvär vid Hörsel- och balanskliniken.

För att kunna utveckla och erbjuda olika insatser inom tinnitusrehabiliteringen vid Hörsel och balanskliniken behöver vi veta mer om er som söker för tinnitusbesvär. Därför skulle vi vilja be dig att fylla i några enkäter som handlar om hur du mår och reagerar. Resultatet påverkar inte din vård, men kommer till nytta för framtida patienter. Din medverkan i studien skulle vara mycket värdefull!

Att delta i studien innebär att du fyller i de enkäter som finns bifogade. Vi hoppas att du kan medverka. Att fylla i enkäterna är dock **helt frivilligt** och påverkar inte på något sätt din möjlighet till vård vid kliniken. Om du vill medverka: *füll i enkäterna, skriv under ett av exemplaren av detta brev* och lägg i det bifogade kuvertet som inte behöver frankeras.

All information som du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt och avkodas. Inga namn kommer att lagras eller publiceras och ingen annan än jag som genomför studien kommer titta på de enkäter som samlas in.

Resultaten från studien kommer även att användas i mitt examensarbete på psykoterapeututbildningen vid Ersta Sköndal Högskola.

Har du frågor kring studien går det bra att kontakta mig via mail; kristina.larsen@karolinska.se

Med vänliga hälsningar

Kristina Larsen, leg psykolog

Jag har tagit del av informationen i brevet och samtycker till att delta i undersökningen:

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Bilaga 1

TAS-20

Ange hur mycket Du håller med om följande påståenden genom att sätta en ring

kring en av siffrorna 1, 2, 3, 4, eller 5. Ringa bara in en av siffrorna för varje

påstående.

Ringa in 1, om Du tycker påståendet är HELT FEL

Ringa in 2, om Du tycker påståendet är GANSKA FEL

Ringa in 3, om Du tycker påståendet är VARKEN RÄTT ELLER FEL

Ringa in 4, om Du tycker påståendet är GANSKA RÄTT

Ringa in 5, om Du tycker påståendet är HELT RÄTT

1. Jag är ofta osäker på vad det är för känsla jag känner	1 2 3 4 5
2. Det är svårt för mig att hitta rätt ord för mina känslor	1 2 3 4 5
3. Jag har kroppsliga känningar som inte ens läkare förstår sig på	1 2 3 4 5
4. Jag har lätt för att beskriva mina känslor	1 2 3 4 5
5. Jag föredrar att analysera problem framför att enbart beskriva dem	1 2 3 4 5
6. När jag är upprörd vet jag inte om jag är ledsen, skrämmd eller arg	1 2 3 4 5
7. Jag är ofta osäker på vad som händer i kroppen på mig	1 2 3 4 5
8. Jag föredrar att bara låta saker hända framför att försöka förstå varför det	1 2 3 4 5

- blev som det blev
9. Jag har känslor som jag inte riktigt
kan identifiera 1 2 3 4 5
10. Att ha kontakt med sina känslor
är av största vikt 1 2 3 4 5
11. Jag har svårt att beskriva mina känslor
angående andra människor 1 2 3 4 5
12. Folk säger åt mig att beskriva mina
känslor bättre. 1 2 3 4 5
13. Jag vet inte vad som försiggår inom
mig 1 2 3 4 5
14. Jag vet ofta inte varför jag är arg 1 2 3 4 5
15. Jag föredrar att prata med folk om
deras vardagsaktiviteter, snarare än
om deras känslor 1 2 3 4 5
16. Jag föredrar att se lätta underhållnings-
program framför psykologiska dramer 1 2 3 4 5
17. Jag har svårt att avslöja mina innersta
känslor, även för nära vänner 1 2 3 4 5
18. Jag kan känna närhet till någon även
under stunder av tystnad 1 2 3 4 5
19. Att utforska mina känslor är till hjälp
för mig när jag löser personliga
problem 1 2 3 4 5
20. Att söka efter en dold mening i
filmer och pjäser stör nöjet 1 2 3 4 5

Bagby, Parker & Taylor, 1993. Översättning: Simonsson-Sarnecki, Lundh, Törestad, 1998. Layouten i formuläret som bifogas avviker något från det formulär som använts.

Bilaga 3



Frågeformuläret HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Läs varje påstående och markera i rutan efter det svar som kommit närmast hur du känt dig den senaste veckan. Funderar inte alltför länge. Det första svar som dyker upp är ofta mer riktigt än ett svar som du funderat länge på. Svara på alla 14 frågorna.

1. Jag har känt mig spänd eller "uppskruvad":
För det mesta Ofta Då och då Inte alls
2. Jag har uppskattat samma saker som förut:
Precis lika mycket Inte riktigt lika mycket Bara lite Knappast alls
3. Jag har haft en känsla av rädsla, som att något förfärligt håller på att hända:
För det mesta Ofta Då och då Inte alls
4. Jag har kunnat skratta och se saker från den humoristiska sidan:
Lika mycket som jag alltid kunnat Inte riktigt lika mycket som förut
Absolut inte lika mycket som förut Inte alls
5. Oroande tankar har kommit för mig:
Mycket ofta Ofta Då och då, men inte så ofta Bara någon enstaka gång
6. Jag har känt mig glad:
Inte alls Inte ofta Ibland För det mesta
7. Jag har kunnat sitta i lugn och ro och känna mig avspänd:
Absolut Oftast Inte ofta Inte alls
8. Jag har känt mig som om jag gått på lågt varv:
Nästan jämt Ofta Ibland Inte alls
9. Jag har känt en slags rädsla, som om jag hade "fjärilar i magen"
Inte alls Någon gång Rätt ofta Mycket ofta
10. Jag har tappat intresset för mitt utseende:
Helt och hållet Ganska mycket Litet grand Inte alls
11. Jag har känt mig rastlös, som om jag måste vara på språng:
Verkligen mycket En hel del Inte så mycket Inte alls
12. Jag har sett fram emot saker och ting med glädje:
Lika mycket som förut Något mindre än jag brukade
Klart mindre än jag brukade Nästan inte alls
13. Jag har fått plötsliga panikkänslor:
Mycket ofta Ganska ofta Inte så ofta Inte alls
14. Jag har kunnat njuta av en bra bok, eller av ett bra radio- eller TV-program:
Ofta Ibland Inte ofta Mycket sällan