

SVENSKA INSTITUTET FÖR
KOGNITIV PSYKOTERAPI



THE SWEDISH INSTITUTE
FOR CBT/SCHEMA
THERAPY

Patienters upplevelse av behandling med filtrerad musik vid social fobi

En pilotstudie

Helena Ödling

Examensarbete inom ramen för legitimationsgrundande psykoterapiutbildning, Svenska institutet för kognitiv psykoterapi.

Handledare

Adrienne Levy Berg, Universitetsadjunkt, Med. Dr, leg. sjukgymnast, leg. psykoterapeut.
Karolinska Institutet, Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och samhälle.
Avdelningen för fysioterapi

Examinator: Stefan Borg, docent i psykiatri, leg läkare, Svenska institutet för kognitiv psykoterapi.

SAMMANFATTNING /ABSTRACT

Syftet med denna pilotstudie var att undersöka en ny behandling ”Safe and Sound Protocol” som innebär att patienter lyssnar på filtrerad musik. Fokus var att beskriva hur patienter med social fobi upplever behandlingen och den eventuella förändring detta hade på symptom relaterade till social fobi. Studien har en mixed metod design med semistrukturerad intervjuer och självskattning av autonom dysfunktion (Stress and Crisis Inventory) samt social fobi (Liebowitz Social Anxiety Scale – self report), före respektive efter behandlingen, som omfattade fem timmars lyssnande. Tio patienter, som uppfyllde kriterierna för social fobi, rekryterades konsekutivt, från en psykoterapimottagning i Stockholm. Fem fullföljde behandlingen. Analyserna mynnade ut i två teman: ”Kontakten med andra” respektive ”kontakten med mig själv” som beskrivs före- respektive efter behandlingen.

Studien visar på en överensstämmelse mellan den kvalitativa respektive kvantitativa delen. Det vill säga de patienter som i intervjuerna uppgav en minskad social ångest efter behandlingen, skattade också en förbättring vad gällde upplevelsen av autonoma symptom (SCI-93) och social fobi (LSAS-SR) samt tvärtom, de som inte upplevde någon skillnad avseende den sociala ångesten uppvisade oförändrade eller försämrade skattningar på instrumenten. Två patienter förbättrades avsevärt beträffande såväl autonom reglering som social ångest och två patienter försämrades marginellt. Ytterligare en patient uppvisade förbättring på autonom reglering samt svag förbättring på social ångest. De patienter som upplevde en minskad social ångest, upplevde även en minskad självkritik och större acceptans till sig själva. Studien visar att det finns individuella variationer i hur vi reagerar på Safe and Sound Protocol och därför är det viktigt med noggrann individuell övervakning och uppföljning under behandlingens gång.

För att kunna uttala sig om effekten av SSP skulle det behövas en kontrollerad randomiserad studie på ett större antal deltagare.

Nyckelord:

Filtrerad musik, Mixed Method, Polyvagal teori, Safe and Sound Protocol, Social fobi

FÖRFATTARENS TACK

Jag vill särskilt tacka min handledare Adrienne Levy Berg som med stort engagemang och kunskap lett mig igenom detta uppsatsarbete.

Jag vill också tacka de patienter som frikostigt delat med sig av sina tankar och känslor kring socialt triggande situationer och vågat prova en ny behandlingsform.

Utan er medverkan hade den här studien inte varit möjlig.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	5
Problemområde/ motiv till valt område	5
BAKGRUND	5
Vårt autonoma nervsystem och Polyvagal teori	5
<i>Vagus nerven och vårt sociala engagemangssystem</i>	8
<i>Kritik av Polyvagal teori</i>	9
Safe and Sound Protocol (SSP)	9
Social fobi	11
Problemformulering	13
Syfte	14
METOD.....	14
Studiedesign/ Övervägande kring metodval	14
Urval, undersökningsgrupp	16
Tillvägagångssätt/ procedur	18
Bearbetning och analys av data	19
Etiska överväganden	20
RESULTAT	20
Kvalitativt resultat	20
Kvantitativt resultat	28
DISKUSSION	30
Resultat diskussion	30
Metoddiskussion	38
<i>Intern validitet, trovärdighet</i>	38
<i>Extern validitet, generaliserbarhet</i>	40
Resultat ur ett hållbarhetsperspektiv	41
Slutsatser/ Erfarenheter	41
Förslag till fortsatt forskning	42
Referenser	43

INTRODUKTION

Problemområde/ motiv till valt område

Som sjukgymnast ser jag ofta exempel på hur patientens autonoma tillstånd påverkar förmågan till social kontakt. I undertecknads behandling av stressrelaterade besvär med filtrerad musik, Safe and Sound Protocol, har patienter bland annat rapporterat en minskad social ångest som en effekt av behandlingen. I denna studie önskar jag gå ett steg längre och undersöka om filtrerad musik eventuellt kan minska social fobi. Safe and Sound Protocol, SSP, beskrivs som ett terapeutiskt verktyg som stimulerar vagusnerven och därmed hjälper kroppens nervsystem att ställa om till mer trygghet (Porges, 2013)

BAKGRUND

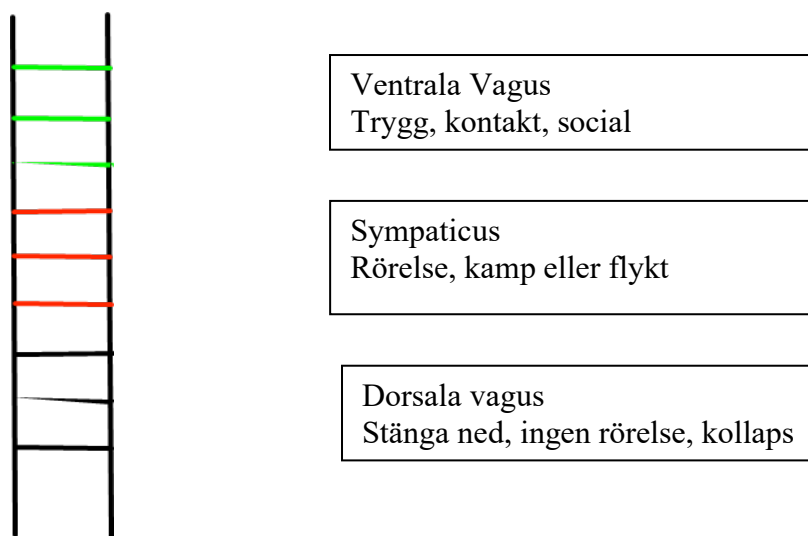
Vårt autonoma nervsystem och Polyvagal teori

Vårt autonoma nervsystem består av två huvudsakliga grenar; parasympatikus som kopplas på när vi är trygga och möjliggör vila och återhämtning samt sympatikus som ger energi och rörelse till kroppen. Båda systemen arbetar i samverkan för att skapa homeostas i kroppen. Det parasympatiska systemet lugnar ned våra hjärtslag och främjar matsmältningen. Den huvudsakliga nerven i parasympatikus är Vagus nerven. Den utgår från hjärnstammen och går både nedåt till hjärta, lungor och mage samt uppåt för att kopplas ihop med nerver i nacken, ögon och öron. Vagus nerven förser hjärnan med information om kroppen (80%) men för också information från hjärnan till de olika organen (Dana, 2018). Vagusnerven har stor betydelse för det vi kallar interoception (Paciorek & Skora, 2020), det vill säga kroppens interna kommunikation till hjärnan om hur kroppen ”känns”, hur signalerna kodas och hur de påverkar kognitiva och känslomässiga processer (Quadt, Critchley, Garfinkel, 2018). Det sympatiska nervsystemet beskrivs som ”gasen” som ser till att hjärtat slår snabbare, våra muskler spänns och andningen blir snabbare. Sympatikus aktiveras när vi upplever någon slags fara och triggas utöndringen av bland annat adrenalin och möjliggör en mobilisering: vi

blir alerta och redo att agera. Anatomiskt förbinder det sympatiska nervsystemet hjärnstammen och kroppens olika organ genom att följa ryggmärgen, kopplas om och förgrena sig ut till olika organ i kroppen (Skantze, 2023).

Den Polyvagala teorin (Porges 1995) hävdar att vi genom evolutionen utvecklats med två efferenta grenar av vagus nerven. Den ena, unik för däggdjur, är myeliniserad och utgår ventralt från nucleus ambiguus i hjärnstammen och går till organen ovanför diafragman samt till tvärstrimmig muskulatur i ansikte och huvud. Den andra grenen (den dorsala) är omyeliniserad och går till alla organ nedanför diafragman. Den dorsala grenen av vagus nerven aktiveras vid fara, när vi inte kan mobilisera oss bort från faran. Detta innebär en ”kollaps”, kroppen stänger av och vi upplever att vi ”inte är här”. Det kan ta sig uttryck i att vi inte hör vad som sägs, att musklerna inte har någon ”motor” eller att vi dissocierar. Inre organ nedanför diafragman innerveras av dorsala vagus. Vid en minskad ventral vagus aktivering, ökar nervsystemets skyddsreaktioner, vilket kan resultera i magproblem (Kolacz & Porges, 2018).

Enligt Porges Polyvagala teori (1995) finns en hierarki i nervsystemet. När ventrala vagus är aktiverat känner vi oss trygga och sociala. Om vårt nervsystem upptäcker någon fara, minskar aktiveringen av ventrala vagus och vårt sympatiska nervsystem aktiveras. Vi mobiliseras att vidta åtgärder som kan ta oss tillbaka till ett tryggt och socialt tillstånd. Men om vi känner oss låsta och inte kan fly från faran, aktiveras dorsala vagus och vi stänger ned för att överleva.



Figur 1. Den Polyvagala hierarkin. Här uttryckt som en stega, fritt efter Dana, 2018

Inom ramen för interpersonell neurobiologi (Siegel 2010), sägs att alla diagnoser kopplade till mental ohälsa kan ses som antingen ett tillstånd av hyper- eller hypoarousal. Det vill säga nervsystemet är antingen i konstant mobilisering (sympatikus/ hyperarousal) eller immobilisering (dorsala vagus/ hypoarousal). Denna autonoma dysreglering upplevs som sjukdomar, relationsproblem och kognitiva problem (Dana, 2018). Nervsystemet kan fastna i ett överlevnadsläge vilket blir en riskfaktor för kroppslig dysfunktion (Kolacz och Porges 2018). Ogden (2006) menar att det inte är aktiveringen av en viss autonom respons som är problemet, den är varken bra eller dålig, utan det är inflexibiliteten som kan bli ett problem. Siegel (2020) beskriver toleransfönstret som en modell. När vi befinner oss i vårt toleransfönster är ventrala vagus aktiverat och kroppen fungerar som bäst. Vi kan hantera den situation vi befinner oss i. Om vi har varit med om trauman kan toleransfönstret bli väldigt smalt och då behövs inte så mycket i omgivningen, eller i kroppen, innan kroppen reagerar med hypo- eller hyper arousal.

I Polyvagal teori används begreppet neuroception (Porges, 1995) som beskriver hur nervsystemet svarar på triggers av trygghet eller fara, inuti vår kropp eller i världen omkring oss. Till skillnad från perception, är neuroception ej medvetet, då det som triggar nervsystemet sker subkortikalt. Däremot kan vi medvetet känna av konsekvenserna av nervsystemets svar på triggern, till exempel i form av ångest eller hjärklappning (Kolacz and & Porges, 2018).

En annan viktig princip i Polyvagal teori är samreglering, det vill säga våra nervsystem påverkas av andra personers nervsystem. Detta kan påverka oss i båda riktningar så att vi genom en annan person antingen kan minska eller öka vår ventrala vagus aktivering. Genom ömsesidig samreglering kan vi skapa trygghet och våga vara nära en annan människa. Detta är viktigt bland annat i en terapisituation där terapeuten kan hjälpa klienten till autonom reglering via sitt eget nervsystem (Flores, 2010; Geller & Porges, 2014). Samreglering är viktigt i alla relationer, som vänskapsrelationer, arbetskollegor emellan eller i intima

relationer. Olika typer av trauma kan göra att samreglering upplevs som farligt och nervsystemet formas att reglera sig utan andra människor (Dana, 2018).

Vagus nerven och vårt sociala engagemangssystem

Vagusnerven bildar - tillsammans med nerver som styr mellanörats muskler, ansiktsmuskler, käkmuskulatur, struphuvudet, svalget samt nackens rotation - det sociala engagemangssystemet. Den övre delen av vagusnerven länkas också till hjärtat och lungorna; hela komplexet kallas ventrala vagus. Denna del av nervsystemet möjliggör för en individ att sända ut trygga signaler: till exempel genom att se vänligt på den andre, hålla huvudet lite lutande samt genom röstens intonation (Porges & Kolacs, 2018). Alla däggdjur är beroende av att kunna ha kontakt med och samarbeta med andra individer. För att detta ska kunna ske behöver vårt försvarssystem dämpas. När vi ser en annan människas kroppsspråk och ansiktsuttryck, hör ljudet av hennes röst gör personen utgör en fara eller ej. Om nervsystemet bedömer att ingen fara föreligger, aktiveras ventrala vagus och därmed minskar aktiviteten i det sympatiska nervsystemet (och/eller dorsala vagus) (Porges 1995).

Aktivering av ventrala vagus kan ske på flera sätt. Det finns studier där man aktiverat ventrala vagus elektriskt och kunnat visa effekter på bland annat depression och ångest (Breit m.fl, 2018; George m.fl, 2020; Schlapfer m.fl, 2008). Även sång, djupa andetag och yoga aktiverar ventrala vagus vilket har en positiv inverkan på känsloreglering (Porges, 2021; Gerritsen & Band, 2018). Det anses finnas ett samband mellan musketonus, tillståndet i våra organ (viscera), autonoma nervsystemet, uppmärksamhet, affekter samt kognitiv förväntan (beroende på tidigare erfarenheter) (Payne & Crane-Godreau, 2015). Vid en förändring av någon av dessa parametrar resulterar det i en ändrad reaktion i förhållande till omgivningen. Med andra ord menar författarna att om vi förändrar en persons autonoma tillstånd har det en samtidig inverkan på ovanstående parametrar. De menar vidare att detta är något som används i många Mind-Body terapier som Mindfulness, Qi-gong eller yoga.

Ett sätt att mäta aktiveringen av det parasympatiska systemet är genom att mäta hjärtfrekvensvariabilitet, HRV (Porges, 2021). Enligt Cattaneo m.fl., (2021), är en hög

hjärtfrekvensvariabilitet associerad med en aktivering av det parasympatiska nervsystemet. En hög HRV innebär att variationen mellan två hjärtslag är hög, det vill säga hjärtat har en flexibel rytm och en tillgång till den parasympatiska bromsen/ regleringen. Vagusbromsen är en beskrivning av ventrala vagus förmåga att dämpa impulser från sympatikus och dorsala vagus (Skantze, 2023). Cattaneo, m. fl (2021) menar vidare att HRV kan ses som ett transdiagnostiskt index för stress, hjärtkärlsjukdomar, känsloreglering, och funktionen i prefrontala cortex.

En annan parameter som används för att visa på vagusaktivering är respiratorisk sinusarytmi (RSA), ett mått på andningens påverkan på hjärtats rytm (Tonhajzerova, Mokra, Visnovcova, 2013).

Kritik av Polyvagal teori

Det har framförts kritik mot Polyvagal teori (Grossman & Taylor, 2007). Grossman, 2023, menar att det finns svaga anatomiska och evolutionära bevis för vissa hypoteser som framförs i Polyvagal teori. Porges menar att kritiken är en missuppfattning av teorin (polyvagal institute.org/background). Det ligger utanför denna studies ramar att gå in i den debatten.

Safe and Sound Protocol (SSP)

En icke invasiv, terapeutisk behandlingsmetod har utvecklats av Steven Porges (2013; 2014), där han utgår från vissa ljudfrekvenser för att aktivera vagusnerven via hörselnerven. I den polyvagala teorin utvecklar Porges resonemanget som utgår från att nervsystemet använder rösten, dess melodier och ton, som ett sätt att avgöra om personen är trygg. Låga frekvenser (under 1000Hz) är associerade med fara och hot. Frekvenser mellan ca 1000–5000 Hz är associerade med mänskligt tal och signalerar trygghet. Socialt beteende och känslomässig reglering är bara möjlig när nervsystemet bedömer omgivningen som trygg (Porges, 2011).

Mellanörats muskler har till uppgift att skilja ut den mänskliga rösten från bakgrundsljud (Borg & Counter, 1989). Ett autonomt nervsystem i överlevnadsläge eller efter tidigare öroninflammationer påverkar muskeltonusen, vilket försvårar musklernas normala funktion. I

dagens samhälle finns det gott om lågfrekvent ljud som kan störa perceptionen, till exempel ventilationen, dammsugare, bilar och flygplan. Det kan då uppstå en ond cirkel där trygga frekvenser ej når cortex och därmed förstärks en överlevnadsrespons som ytterligare försvårar perceptionen av mänskligt tal, det vill säga en person vars autonoma nervsystem är i överlevnadsläge kan ej processa/ höra ”trygga” frekvenser.

Teorin bakom SSP bygger på att datamodulerad musik tränar mellanörats muskler samt de neurala nätverk som är involverade i lyssnandet, så att vi kan höra hela omfånget av den mänskliga rösten (Porges m.fl., 2013). Med datormodulerad musik menas filtrerad musik där bastoner och mycket höga frekvenser är borttagna. Enligt Knowles (personligt mail 2 augusti 2022) är SSP en gradvis ökande metod, där frekvensen är smalare i den första delen av behandlingen med frekvenser mellan 1000–5000 Hz (som är frekvensen för mänskligt tal) och öppnar sedan upp till bredare frekvenser. Genom SSP tränas hörseln och det nervsystem som är involverat att återinlära hur det kan uppfatta trygga frekvenser och därmed trygghet i en vidare mening. Enligt Knowles kan således SSP ses som ett slags ”löpband” för mellanörats muskler och i förlängningen för ventrala vagus, via vårt sociala engagemangssystem. De studier som finns med SSP visar bland annat på effekter på ökad social förmåga, bättre känsloreglering samt reducerad ljudkänslighet vid autism (Porges m.fl., 2013; 2014). Effekterna av SSP handlar såväl om att lättare kunna urskilja mänskligt tal från bakgrundsljud som att stimulera aktivitet i ventrala vagus via hörselnerven.

I en första studie av Porges m.fl. (2013) ingick 78 barn mellan 6 och 21 år med diagnosen Autism (ASD). Gruppen utvärderades med två test gällande auditiv perceptionsstörning samt med EKG för att registrera respiratorisk sinusarytmi (RSA) då det är ett sätt att mäta parasympatisk aktivering. Deltagarna fick lyssna på fem timmar SSP innan ny utvärdering gjordes. Man kunde då se att auditiv perception förbättrades samt RSA ökade efter SSP. I en andra studie (Porges m.fl., 2014) ingick en grupp barn med Autism fördelade på tre grupper: 86 barn lyssnande på SSP, 32 barn lyssnade på ofiltrerad musik samt 28 barn hade endast hörlurar. Studien genomfördes som två randomiserade kontrollerade studier med parallella kontrollgrupper. I den första delstudien framkom att ljudkänslighet, spontant tal, lyssnande samt ”Behavioral Organisation”, det vill säga hur barnet beter sig i grupp, förbättrades

signifikant i SSP gruppen jämfört med deltagarna som endast haft hörlurar. I den andra delstudien jämfördes SSP gruppen med deltagare som lyssnat på ofiltrerad musik och såväl ljudkänslighet som känslomässig kontroll förbättrades signifikant i SSP gruppen jämfört med gruppen som lyssnat på ofiltrerad musik.

Autism kännetecknas bland annat av ljudkänslighet och en generell svårighet i sociala sammanhang (Coleman & Gillberg, 1985). Ett socialt engagemangssystem som är nedtonat kan resultera i många symtom som associeras med autism, som till exempel nedsatt mimik, svag intonation, entonigt tal, ljudkänslighet och magproblem (Porges, 2019). Dessa symtom är dock inte specifika för autism utan liknande problem har observerats i andra diagnosgrupper som till exempel vid ångestsyndrom.

Social fobi

Att känna rädsla i vissa sociala situationer, som till exempel i en presentation på jobbet är helt normalt (Bamber, 2006). Vid social fobi däremot, kan triviala sociala situationer med andra människor orsaka stark stress. Det kan leda till ett undvikande av sociala situationer som kan påverka vardagslivet och orsaka stort lidande i en persons liv (Furmark m. fl., 2018). Social fobi är ett av de vanligaste ångestillstånden. Uppskattningsvis kommer 10–15 procent av Sveriges befolkning någon gång i livet uppfylla kriterierna för social fobi. Något fler kvinnor än män drabbas. Ungefär två procent av Sveriges befolkning har svår social fobi vilket gör att social fobi räknas som en folksjukdom (Furmark m. fl., 2018). Social fobi karaktäriseras av en stark rädsla för att bli negativt utvärderad i sociala eller prestationsbaserade situationer. Exponering för den sociala situationen framkallar ångest, vilket får till följd att den undviks helt eller uthärdas under lidande. För att uppfylla diagnoskriterierna ska undvikandet eller lidandet vara så omfattande att det påverkar vardagslivet med arbete/ utbildning och relationer (APA, 2017). Det kan också beskrivas som en rädsla för att känna skam eller en rädsla för att bli skammad, eller båda (Veale, 2018).

Social fobi tenderar att bli kroniskt, med låg andel som tillfrisknar (Charter, Hazen & Stein, 1998), vilket kan bero på den höga samsjukligheten (81%) med andra psykiatriska diagnoser,

såsom depression och alkoholmissbruk (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996). Obehandlad social fobi har visat sig ha samband med substansmissbruk, ökad självmordsrisk, nedsatt social funktion samt minskad hälsorelaterad livskvalitet (Sareen, Chartier, Paulus & Stein, 2006). Social fobi anses vara en av de mest underbehandlade ångestsjukdomarna (Kanton, Scott & Glue, 2012). Detta trots att det finns flera behandlingsalternativ såsom medicinering, psykoterapi eller en kombination av dessa. Skam, stigma samt logistiska eller finansiella hinder har angivits som orsak till utebliven behandling i USA (Goetter, m. fl., 2020).

Riskfaktorer för att utveckla social fobi kan vara genetiska faktorer, blyghet, neurobiologisk sårbarhet samt inlärningspsykologiska förklaringar till följd av negativa erfarenheter i sociala situationer (Furmark, 2018). Etiologiska modeller beskriver ett samband mellan barndomstrauman och socialfobi. Till exempel visar Kuo m.fl, (2011) att personer med social ångest rapporterade en högre grad av känslomässigt våld eller känslomässig försummelse i barndomen än en frisk kontrollgrupp. Otrygg eller desorganiserad anknytning nämns också som en faktor associerad med social fobi (Manning, Dickson, Palmier-Claus, Cunliff, Taylor, 2017).

I den kognitiva modellen (Clark & Wells, 1995) beskrivs att den sociala ångesten drivs av en negativ självbild där personen ser sig själv som en socialt inkompetent person. Ångestsymtomen i form av skakningar och rodnader förstärker symtomen ytterligare. Tidiga sociala erfarenheter skapar dysfunktionella antagande om att individen måste vara på ett visst sätt i sociala situationer. Om individen inte kan nå dessa höga krav uppfattas sociala situationer som farliga, varvid ett ”ångest-program” aktiveras. Detta program leder till automatiska känslomässiga-, kognitiva-, beteende-, somatiska- och uppmärksamhetsmässiga förändringar som syftar till att skydda individen, men som i stället bibehåller den sociala rädslan. Enligt Clark & Wells modell anses de kognitiva och beteendemässiga faktorerna, som förändrat fokus, säkerhetsbeteenden samt den negativa synen på sig själv, vara särskilt viktiga för att vidmakthålla den sociala fobin.

Ångestsyndrom och de kroppsliga reaktioner som är förknippade med ångest, så som hjärtklappning, spända muskler och tryck över bröstet kan sägas vara en följd av autonom dysreglering och ett ökat sympatikuspåslag till följd av minskad inhibering av det parasympatiska nervsystemet (Thayer & Lane, 2000).

Ångestens funktion är att öka vår vaksamhet så att vi lättare kan upptäcka och undvika faror av olika slag. Kliniskt kan man säga att personer med social fobi har ett överaktivt nervsystem som övertolkar, perceptuellt och kognitivt, tecken på fara (Robinson m.fl, 2012).

Sladky m.fl, (2013) har visat att personer med social fobi har en onormal aktivering av amygdala och nätverken kopplade till orbitofrontala cortex i sociala situationer. Detta innebär både att starka känslor av rädsla är kopplade till dessa situationer och att det är svårare att reglera dem.

Problemformulering

En person med social fobi kan antas ha ett nedsatt socialt engagemangssystem med symtom, som svårigheter med känsloreglering, svårigheter att se trygga signaler i omgivningen samt ofta starka kroppssensationer så som hjärtklappning, vilket tyder på förhöjd sympatikusaktivering.

Vid social fobi antas tolkningen av de kroppsliga sensationerna, spela en stor roll för om patienterna ska uppfatta situationen som farlig (Clark & Wells, 1995). Att påverka nervsystemet och därmed de kroppsliga sensationerna skulle därför kunna vara framgångsrikt i behandlingen av social ångest. Vid stimulering av vagus nerven antas muskeltonus och invärtes organ, som till exempel hjärtrytmen, att förändras på grund av en aktivering av det parasympatiska nervsystemet, vilket skulle kunna leda till en positiv feedbackmekanism. Det vill säga mindre kroppssensationer i sociala situationer kan göra att personerna tolkar situationen som mindre farlig. I och med att kroppens trygghetssystem/ parasympatikus aktiveras möjliggörs också förmågan att bättre reglera sina känslor. Porges m.fl. (2014) menar att när vi lyssnar på SSP, aktiveras vagus nerven via hörselnerven i det sociala engagemangssystemet. Med utgångspunkt från de positiva effekterna av SSP för patienter med autism och de likheter som finns mellan autism och social fobi, vad gäller det sociala

engagemangssystemet, finns det anledning att undersöka om SSP skulle kunna ha en positiv inverkan även för patienter med social fobi.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka och beskriva hur patienter med social fobi upplever att lyssna på filtrerad musik och om lyssnandet påverkade förmågan att hantera ångestsymtom.

- Hur beskriver patienterna sina sociala problem före respektive efter behandlingen?
- Hur förändras patienternas självskattade upplevelse av social fobi respektive förmågan till autonom reglering efter behandlingen?
- Hur upplevs själva lyssnandet?

METOD

Studiedesign/ Övervägande kring metodval

I denna pilotstudie har ”mixed method” använts vilket är lämpligt när enbart kvalitativ eller kvantitativ forskning inte ger en tillräcklig förståelse för det undersökta fenomenet (Creswell 2015). I detta fall, då syftet var att studera en ny behandlingsmetod som inte tidigare har testats vid social fobi, var det därför motiverat att anlägga såväl ett kvalitativt som ett kvantitativt perspektiv. Enligt Creswell (2015) finns det flera olika typer av mixed method design. I denna studie används den konvergenta designen där de kvalitativa och kvantitativa resultaten redovisas separat, för att sedan sammanfoga i diskussionen.

Kvantitativ del

Skattning av autonom reglering med Stress and Crisis Inventory (SCI-93) (Nyström & Nyström, 2019) respektive skattning av social fobi med Liebowitz skala för social ångest (LSAS-SR) (Liebowitz, 1987) har gjorts före och efter behandling.

Skattningsskalor

Stress and Crisis Inventory, SCI- 93 (bilaga 1), är ett självskattningsinstrument som syftar till att uppskatta graden av autonom dysreglering (Nyström & Nyström, 2019, Krafft & Nyström, 2002). Formuläret består av 35 symtom som patienten ska ta ställning till hur mycket de stör i vardagslivet. Skattningen görs utifrån en femgradig likertskala, från ”inte alls”, 0 poäng, till ”väldigt mycket, 4 poäng. En totalpoäng över 25 poäng innebär förekomst av autonom dysfunktion med begränsning i olika grad av förmåga och resurs för normal psykosocial funktion och yrkesinriktad rehabilitering (Kraft, Nyström, Nyström & Pedersen 2004). Symtomen kan delas upp i psykiska (nio symtom), muskulära (sex symtom) samt vegetativa/hormonella (20 symtom). Instrumentet har testats för reliabilitet, validitet och generaliserbarhet för patienter med fibromyalgi och långvarig smärta (Ericsson, Nyström & Mannerkorpi, 2015). Instrumentet har tillfredställande test-retest reliabilitet samt är känsligt för förändring över tid på både grupp och individnivå. (Mannerkorpi, Nordeman, Ericsson, & Arndorw, 2009; Tyni-Lenne, Stryjan, Eriksson, Berglund & Sylven, 2002).

Liebowitz skala för social ångest, Liebowitz Social Anxiety Scale – self report, LSAS-SR (bilaga 2), är ett självskattningsinstrument för bedömning av rädsla och undvikande i sociala situationer (Liebowitz, 1987). Formuläret består av 24 situationer där social fobi är vanligt. Av dessa är 13 prestationssituationer och 11 interaktionssituationer. De kan också delas upp i fyra faktorer: interaktion, tala offentligt, granskad av andra äta/ dricka offentligt. För dessa situationer ska patienten skatta både graden av rädsla samt undvikande på en likertskala. Från ”ingen rädsla”, 0 poäng, till ”stark rädsla”, 3 poäng respektive ”0% undvikande”, 0 poäng till ”67–100% undvikande”, 3 poäng. Totalpoäng över 30 innebär troligen social fobi, totalpoäng över 60 poäng troligen generaliserad social fobi. Ursprungligen (Liebowitz, 1987) skapades formuläret för att vara ett klinikerbaserat utvärderingsinstrument för social ångest: LSAS. Det finns god överensstämmelse mellan LSAS och LSAS-SR (Fresco et al, 2001). Enligt Baker et

al, 2002, visar alla faktorer utom ”rädsla för att tala offentligt” en god test-retest reliabilitet. LSAS-SR visar en god reliabilitet och validitet som överensstämmer med LSAS.

Kvalitativ del

Semistrukturerad intervju har genomförts före behandling och efter behandling (bilaga 3). Avsikten var att försöka förstå undersökningspersonens upplevelse. Intervjun spelades in och skrevs ut ordagrant. I den semistrukturerade intervjun finns det möjlighet erfara vilka känslor och tankar patienten har både kring sin sociala fobi, behandlingen i sig själv samt upplevelsen efter behandling (Eriksson-Zetterquist, Ahrne, 2022). Det kan även handla om att få ta del av viktig och spontan information som inte undertecknad kunde förutsäga skulle komma upp. Den semistrukturerade intervjun består av huvudfrågor som sedan följs av mer uppföljande, sonderande eller specificerande frågor för att ge svaren en vidare innebörd (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna genomfördes på undertecknads mottagning hösten 2022-vintern 2023

Urval, undersökningsgrupp

Brev skickades till ett tiotal vårdcentraler i Stockholm, Studenthälsan på Stockholms universitet samt till en ungdomsmottagning i Stockholm där patienter med social fobi söktes för deltagande i studien. Dock var det inga patienter som svarade på erbjudandet. I stället tillfrågades patienter som konsekutivt passerade undertecknads mottagning under september 2022 till och med april 2023 och uppfyllde nedanstående inklusionskriterier:

- Patienten har sökt för social fobi eller annan psykisk ohälsa där social fobi finns med
- Patienten ska ha skattat mer än 30 poäng på Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS-SR.

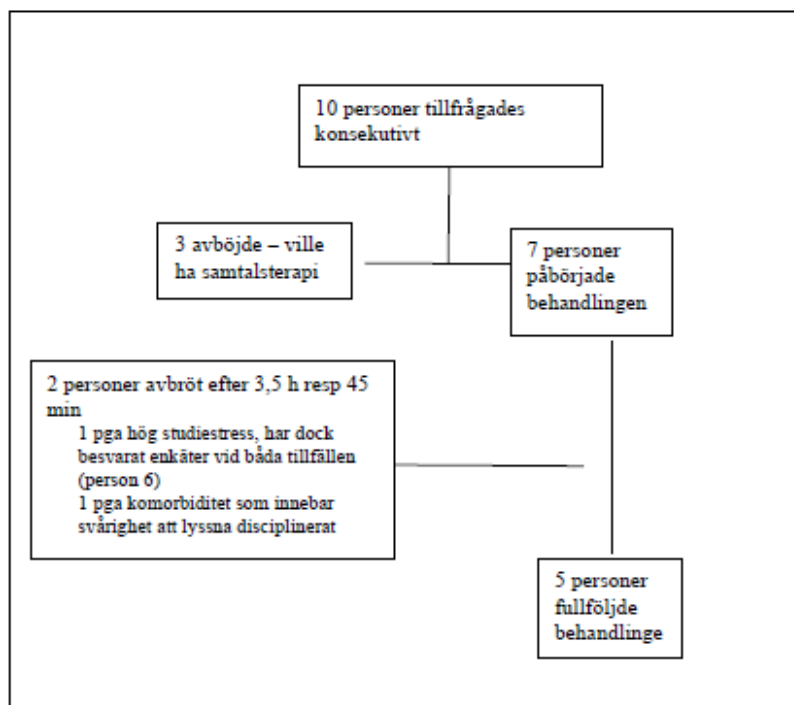
Exklusionskriterier:

- samsjuklighet med allvarlig psykiatrisk diagnos som till exempel bipolaritet
- pågående psykoterapeutisk behandling mot social fobi

Totalt tio personer uppfyllde inklusionskriterierna. Av dessa fullföljde fem personer behandlingen. Två personer avslutade lyssnandet i förtid. Orsakerna var tidsbrist och

oförmåga att lyssna strukturerat. En person tackade ja men påbörjade ej lyssnandet då hen ville ha samtalsterapi. Två personer tackade direkt nej då de efterfrågade samtalsterapi. Av de som tackade ja och slutförde studien, var fyra män och en kvinna i åldrarna mellan 27 och 35 år. Samtliga personer beskrev en otrygg uppväxt med exempelvis mobbning, föräldrars skilsmässa, riskbruk/ missbruk av alkohol hos någon förälder eller känslomässig försummelse. Förutom social fobi förekom sorg, depression samt generaliserad ångest.

Utbildningsnivån var blandad, från gymnasienivå (en person) till universitet/högskoleutbildning (fyra personer). Fyra var i arbete och en person stod utanför arbetsmarknaden. En person medicinerade med SSRI preparat. Två personer hade erfarenhet av KBT mot social fobi och två hade gått i terapi av andra orsaker. Två personer levde i samboförhållande. Fyra personer uppger att de haft öroninflammation som barn eller vuxna.



Figur 2. Flödesschema

Tillvägagångssätt/ procedur

1. Bedömning om deltagande/ skattning
2. Intervju innan behandling
3. Förberedelse för behandling
4. Dosering av behandling
5. Behandling med Safe and Sound Protocol
6. Intervju och skattning efter behandling

1. Först har en allmän anamnes tagits samtidigt med skattning av autonom reglering med Stress and Crisis Inventory (SCI-93; Nyström & Nyström, 2019) samt social ångest (LSAS-SR; Liebowitz, 1987). De patienter som uppfyllde inklusionskriterierna informerades skriftligt och muntligt om studien (se bilaga 4). Patienter som tackade ja ombads ge sitt skriftliga godkännande till att medverka i studien samt att intervjun spelades in.

2. Därefter genomfördes en semistrukturerad intervju med fokus på hur forskningspersonerna upplever sin sociala ångest (se bilaga 3). Intervjun har spelats in och transkriberats.

3. Innan behandling med Safe and Sound Protocol påbörjades har forskningspersonerna fått muntlig information om nervsystemet och hur en autonom dysreglering kan ta sig olika uttryck. De har fått frågan om hur just deras nervsystem brukar bete sig och hur de upplever att de är stressade. De har även fått information om att behandlingen med SSP kan innebära en viss dysreglering, om den görs utan att ta hänsyn till just den personens individuella nervsystem (se nedan under punkt 5).

Teknisk information angående hur man laddar ned appen som ska användas vid lyssnandet har getts liksom information om att endast använda hörlurar som täcker öronen. Hörlurarna får ej ha brusreducering påkopplat. De har också fått information om att göra det så tryggt som möjligt för dem under själva lyssnandet. Lyssnandet ska ske hemma, gärna med någon annan person i närheten. Under lyssnandet är det inte rekommenderat att titta på mobilen, datorn eller läsa, däremot gärna måla, lägga pussel eller liknande.

4. Det första lyssnartillfället ägde rum på kliniken och undertecknad var då närvarande och observant på eventuella reaktioner. Lyssnandet har avbrutits med 5–10 minuters intervaller för att kontrollera måendet och eventuella kroppsliga symtom. Undertecknad har iakttagit ansiktsuttryck och eventuella kroppsrörelser för att se eventuella tecken på autonom dysreglering. Vi har därefter kommit överens om en lämplig tidslängd för lyssnandet. Vad gäller tiden på dygnet, har det instruerats att vara underordnat vad som känns bäst för var och en. De har fått information om att inte lyssna längre än 30 min/ dag och att försöka lyssna så sammanhängande som möjligt, det vill säga inte låta det gå veckor mellan lyssningsdagarna. De har även fått information om att ljudet ska vara så lågt som möjligt, men ändå på en bekväm ljudnivå. Det ska inte ändras under sessionen.
5. Patienten har därefter lyssnat hemma på egen hand via en app i mobilen. Vid eventuella kroppsliga symtom eller andra frågor har patienten mailat undertecknad. Den första patienten fick instruktioner om att maila till undertecknad efter varje session för att beskriva hur hon mådde. Personen gjorde dock inte enligt instruktionen varvid detta moment fick tas bort. Varje persons lyssnande (frekvens och hur länge) har kunnat följas via undertecknads dator.
6. Efter fem timmars lyssnande har patienten kallats för ny semistrukturerad intervju och nya skattningar med SCI-93 samt Liebowitz, LSAS-SR. Tidsmässigt skedde detta 2–4 veckor efter avslutad behandling. Fokus för intervjun var upplevelsen och hanterandet av sociala situationer samt av själva lyssnandet (se bilaga 5). Intervjun har spelats in och transkriberats.

Bearbetning och analys av data

Kvalitativ del

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes för att tolka intervjuerna. Texten lästes i sin helhet flera gånger. Därefter plockades meningsbärande enheter ut, kondenserades och kodades. Dessa grupperades sedan i kategorier som återspeglar budskapet i intervjuerna. Huvudsakligen har intervjuernas manifesta innehåll legat till grund för bildandet av kategorier men hänsyn har också tagits till den latent undermeningen. Utifrån kategorierna har teman

skapats som beskriver deltagarnas upplevelser före respektive efter behandling samt under lyssnandet. Dessa teman och undergrupper redovisas under kvalitativt resultat.

Kvantitativ del

Då antalet forskningspersoner endast är fem presenteras skattningsresultaten före och efter behandlingen deskriptivt.

Etiska överväganden

Informanterna har getts muntlig och skriftlig information och tillfrågats om skriftligt samtycke till att delta i studien (bilaga 2). Deltagandet har varit frivilligt och har kunnat avbrytas närsomhelst utan anledning. Intervjuerna har kodats och kodnyckeln förvarats som journalhandling. Intervjumaterialet och skattningsskalorna har förvarats som journalhandling och ingen utomstående har tillgång till dessa. Någon prövning hos etikprövningsnämnden har ej gjorts då det inte behövs för forskning som görs på grundnivå inom högskolan. Det har inte bedömts att patienterna skulle komma till skada på något sätt av behandlingen. Samtliga deltagare har erbjudits kognitiv beteendeterapi efter behandlingen, om de så önskade.

RESULTAT

Nedan redovisas inledningsvis de kvalitativa resultatet och därefter följer en beskrivning av resultaten på de självskattade enkätinstrumenten avseende autonom reglering (SCI-93) samt social fobi (LSAS-SR). Resultaten beskrivs före och efter 5 timmars lyssnande på den filtrerade musiken.

Kvalitativt resultat

Bearbetningen av intervjuerna har resulterat i två teman: kontakten med andra och kontakten med sig själv. Dessa beskrivs vid två tidpunkter: före och efter behandlingen. Vidare redovisas deltagarnas upplevelse under lyssnandet.

Kontakten med andra – före behandling.

Sociala situationer – att träda fram och bli sedd – väcker ett starkt obehag som är förknippat med olika former av kroppsliga reaktioner som spänner från vegetativa symptom med låg energinivå till kraftiga besvär från mag-tarmkanalen. Graden av kroppsliga symptom och vad som triggar reaktiviteten varierar. Det kan vara en social situation med vänner eller en prestations situation.

-Sen plötsligt var vi runt tio stycken där och då kände jag att jag fick panik liksom. Magen vänder sig ut och in och jag blir lös i magen och sen behöver jag gå därifrån för att gå på toaletten. Sen när jag kommer till toaletten så spy jag. Och det här var kanske en halvtimme innan seminariet börjar. Så efter jag spytt går jag tillbaka. Jag sitter där i tio minuter ungefär sen måste jag gå igen och spy fast det blir att man tvingar upp spyan för det finns knappt något kvar. (Deltagare 1)

-Ja, jag har ganska starkt minne när jag skulle hålla i ett föredrag typ i högstadiet, tror jag. Och jag var väl ingen stjärna i skolan direkt, men jag minns att jag fick inte någon black-out, men jag minns att jag blev så himla nervös när jag skulle prata inför alla att jag kom knappt ihåg vad jag gjorde där. (..) jag tycker fortfarande att det är otroligt jobbigt att prata inför folk liksom. (Deltagare 3)

-Jag vill aldrig vara i center, "in attention". Om man får attention på det sättet. (...) Jag försöker att undvika att gå till affärer till och med och såna saker. (...) Jag tycker inte om att gå fram till någon jag inte känner antar jag. När man ska gå och betala och såna saker. (..) Vart jag blir dåligast är oftast magen. (..) Mm, lite pirrigt och lite ont i magen. Lite illamående. (Deltagare 2)

-(..) Att våga ta plats i en grupp och våga säga en åsikt till exempel. Att bara ens ta ordet utan att någon annan säger åt mig. Det tycker jag är väldigt svårt. Och blir oftast så stressad, röd i ansiktet och känner liksom att det har vart.... jättesvårt. (Deltagare 5)

Till följd av det kraftiga obehaget i sociala situationer uppgav samtliga deltagare att de undvikit kontakt med nya människor. En person beskriver även upplevelsen av att känna sig utanför och inte i kontakt med andra.

-Då (kommentar; fest m kollega och hens vänner) kan jag känna att jag har svårt att komma in i dynamiken på något sätt som att jag inte får tag i något att komma in med. Jag blir liksom tung inombords. (Deltagare 4)

-Jag drar ju mig för att träffa nytt folk ofta. Och där blir det sådär ond cirkel. Jag är ofta trött, då blir jag oftast inte så framåt heller. Då drar jag mig för att träffa nya människor. Folk som jag halvkänner till och med. (Deltagare 5)

Samtliga deltagare beskriver tankar om hur de tror att andra ser på dem och värderar dem. De beskriver tankar om att de är rädda för att andra skulle märka att de var rädda eller kände nervositet. Alternativt att de var rädda för att göra bort sig. Det vill säga det handlar om den externa skammen; Vad ska andra tro om mig som reagerar så här?

-Att liksom, att jag är rädd att jag ska göra bort mig. Att folk ska få en uppfattning om mig bara för att jag pratar typ. Jag vet inte, det är ju lite märkligt. (Deltagare 6)

- Och då försöker jag att fokusera på, eller det är kanske det jag inte borde göra, fokusera på att inte visa. Att jag skäms över att jag är nervös. För att jag tycker inte att jag borde vara det. Och så, alltså jag vet ju det. Jag ser ju andra som också pratar inför folk som också är nervösa, då lider jag med dem. Och inser att det är ingen fara för att alla är ju det. (Deltagare 3)

- Ja, jag kanske tänker ibland, undrar vad de andra tänker om mig? Det är mycket såna tankar som går runt. (Deltagare 1)

Kontakten med andra- efter behandling

Efter behandlingen finns det de som inte upplever någon som helst skillnad i kontakten med andra till de som upplever en liten skillnad i vissa situationer och några som upplever en stor skillnad. Några uttrycker ett större lugn vilket underlättade deltagandet i sociala situationer. Någon uttrycker en mer lustfylld känsla, någon mindre undvikande av sociala situationer en annan mer spontanitet i kontakten med andra.

- Men sen när jag kom till skolan så fick jag tillbaka panikkänslorna direkt. (Kommentar: avser känslor efter att ha lyssnat på SSP på morgonen och då känt sig lugn. (Deltagare 1)

- Men jag får ju fortfarande det här...till och med när går runt själv i affären. Jag tycker det är, inte mycket jobbigt, men lite. (Kommentar: rädsla inför situationen att betala och ev göra bort sig då samt en rädsla för att vara bland mycket folk.) (Deltagare 2)

- Jag tycker att det är lättare överlag med mötena. Jag känner mig mer avslappnad. Det är liksom känslan jag har just nu. (..) Eh nu är liksom att jag går dit med en avslappnad stämning. Jag känner ingen press, utan det känns mer kul liksom. Men sen vet jag inte om det beror på att jag känner gruppen mer. Men ja. Jag kan bara jämföra med den känsla jag beskrev då. Men jag känner ingen ångest så över de mötena. (Deltagare 5)

- Jag fick litet ångest av det (Syftar på möte med vänner) jag var litet tillbakadragen. Jag kände mig ändå mycket lugnare i situationen. Mina vänner där sa faktiskt att: "Oj, du är glad igen!". Så de har också märkt en skillnad på mig. (Deltagare 4)

- Men jag kände nu efter den här tiden att jag mår ganska mycket bättre Men nu efter att det har gått en tid märker jag definitivt att de här värsta symtomen har klingat av. (.....) – Jamen, depressiv känsla, mycket ångest och oro. ...Och lite lättare med sociala kontakter och sådär. Det är lättare att hänga med på fester och sånt. Och vara mer avslappnad till relationen till vänner. (....) Träffat lite mer vänner och så. (Deltagare 4)

- Kanske lite när jag ska säga nåt när det är en större grupp att jag inte riktigt. Jag kanske låter det hända bara. Förut tänkte jag kanske lite mer tror jag. Det är väldigt så där små skillnader. Förut tyckte jag att det var jobbigt. Jag tycker fortfarande att det är jobbigt, men tror att jag funderar mindre på det innan. (Deltagare 3)

Kontakten med sig själv/ självmedvetenhet – före behandling

De kroppsliga obehagen och negativa känslorna väcker fokus inåt, självkritik och en negativ utvärdering av sig själv som person. Självkritiken kan ses som en internaliserad strategi att hantera skam. Ett sätt att skapa kontroll över situationen, skydda sig själv och skapa en form av trygghet som gör att personen intar en undergiven roll i relationen till den andre och där hen har kontroll på sig själv. Skillnaden mellan hur personen vill vara och hur hen är i en viss situation leder till självkritik och en internaliserad skam.

-Man börjar bra, sen nånstans mitt i när man säger nånting så blir man självmedveten och det händer ofta, eller de gånger jag sagt nånting i skolan också, att det börjar bra. Jag har en tanke och sen så blir jag självmedveten. Och så, vad ska man säga, det är som om tanken bara får slut på luft liksom. (..) Det blir tomt i huvudet. (Deltagare 6)

-Inte att det är nåt fel på mig, men att jag borde kunna klara det här utan att liksom må dåligt över det på nåt sätt. (Deltagare 5)

-Varför känner jag så här nu, varför kan jag inte bara vara glad och trevlig? Varför låser jag mig på det här sättet? (Deltagare 4)

- Eh, ja alltså, jag blir väldigt uppmärksam på mig själv på nåt sätt. På vad jag gör och säger. Försöker att fokusera på att inte göra nåt konstigt liksom. På vad jag uppfattar som konstigt. Jag blir väldigt medveten om mig själv liksom. (Deltagare 3)

- Ja, då mår jag nästan sämre (när jag jämför mig med andra). Det känns som om de andra är så mycket smartare på något vis. (..) Skam över lag har väl funnits i hela mitt liv och då går det mest tillbaka till bakgrunden i min familj (hen refererar till pappans alkoholmissbruk). (Deltagare 1)

Några deltagare uppgav att den sociala rädslan även fått konsekvenser i form av konflikträdsla och svårighet att stå upp för sina egna behov.

-Jo, jag tror att jag är väldigt bra på att ändra mig själv för att vara som jag tror att andra vill att jag ska vara. (Deltagare 6)

- Att inte göra folk besvikna typ. Kan tycka att deras känslor är viktigare än hur jag känner. (Deltagare 4)

Kontakten med sig själv/ självmedvetenhet– efter behandling

Några deltagare uttrycker en större kontakt med sig själva. Det kan ta sig uttryck i att de varit bättre på att ta hand om sig själva med träning eller återhämtning under och efter behandlingen, eller att de börjat fundera mer över sin problematik.

– Ja, jag gör inte så mycket. Skratt. Det är en sån sak som kan skapa ångest att jag inte gör så mycket. Men då får jag försöka att ” Nu ska jag vila” eller jag har börjat att träna mer. Det har också hjälpt tycker jag. Att jag prioriterar det. (Deltagare 5)

- Mer att jag kanske successivt har kommit in i bättre vanor med träning och sånt där. Så att jag känner att jag har lite mer energi för det och så. (Deltagare 4)

– Jag har märkt att jag tänker mycket på det. Ska jag ta ögonkontakt nu eller ska jag ta ögonkontakt sen. För man ska ju inte bara titta i ögonen, heller. (Skratt) (Deltagare 2)

Några deltagare uttrycker minskad självkritik/ krav samt ökad acceptans. Detta uttrycker sig som mindre motstånd till sina tankar, beteende eller mot sig själva som person. De uttrycker att de ser vänligare på sig själva och sitt lidande.

- "Nu behöver jag inte göra mitt bästa". "Nu räcker det". Försöka att ha det tankesättet. Att det liksom är bra nog. Det har liksom hjälpt att tänka så. (Deltagare 5)

-Det kändes som om jag blev lite snällare mot mig själv och då mådde jag bättre av det. (Deltagare 3)

Kommentar kring hur hen ser på sig själv efter att ha exponerat sig.

- Det blir ett lite annat tankesätt. Även fast det är jobbigt så kan man göra det. (Deltagare 2)

-Tänker väl inte lika kritiskt om mig själv. Har inte så mycket såna tankar just nu, tror jag. (Deltagare 4)

-Jag har lite såhär "intrusive thoughts", man tänker att man ska göra nåt, man tänker att man ska göra nåt. Jag har alltid tyckt att dom har varit lite jobbiga liksom. Eh, men dom har jag slutat bry mig om. (...)Vad skulle hända om jag kastade ut den här kaffekoppen, på en person eller sådär. Såna grejer kan poppa upp närsomhelst. Och dom finns fortfarande där, men jag tänker inte alls lika mycket på dem längre. Sen kan jag fortfarande bli förvånad; Oj, tänker jag såhär. Men det var, jag kände ganska markant skillnad efter sådär två veckor att det kändes som mindre kritik till mitt eget tänkande, tycker jag. Så det var ju skönt. (Deltagare 3)

-Jag känner mig som jag kan vara mer mig själv liksom. Slappna av mer i stunden så. Så det är väldigt skönt. (...) – Ja. Sen är väl inte jag den som pratar mest ändå. Men jag kan känna att det gör inget. (Deltagare 5)

Upplevelser under lyssnandet

Samtliga deltagare beskriver övergående biverkningar i någon form som ökad tinnitus, ökad ångest, oro, huvudvärk eller att det känts ansträngt i ett öra. Symtomen har gått över av sig självt eller efter att tiden för lyssnandet justerats ned. Fyra av fem beskriver ett ökat lugn under lyssnandet och en person uppger att det varit lättare att somna under behandlingsperioden. En person uppger att hon har haft svårt att få tid till att lyssna under en period. Fyra av fem kan rekommendera Safe and Sound Protocol till andra. De beskriver metoden som enkel och som ett sätt att få ökat lugn.

- Det är oftast när jag precis har lyssnat som jag har känt lugnet. Inte efteråt direkt. Det var nån gång jag lyssnade precis innan jag skulle till skolan och då kände jag mig lugn på tåget in. (...) – Ja, vissa nätter har jag ändå sovit bättre, känns det som. Men det just det, jag har ju haft väldigt svårt, insomningssvårigheter. Och det tycker jag ändå att det har hjälpt med. (Deltagare 1)

-Ofta så vart man lugnare eller nåt. Eller lugnare bara. (...) Så det vart mer att man kopplade av. (...) Någon gång fick jag väldigt ont i huvudet för då fick jag väldigt stark tinnitus. (Deltagare 2)

-Ja, jag kände aldrig något obehag. Jag kände lite, jag har såhär småtinnitus och det tjöt lite när jag lyssnade. (...) Jag bara uppmärksammade när jag lyssnade att då tänkte jag mer på det. Men som sagt jag hade inga obehagskänslor när jag lyssnade. Blev väl kanske lite trött i huvudet typ. (Deltagare 3)

-Jag tycker, det har varit sådär skönt att lyssna på nåt sätt. Känner mig lugn. (Deltagare 5)

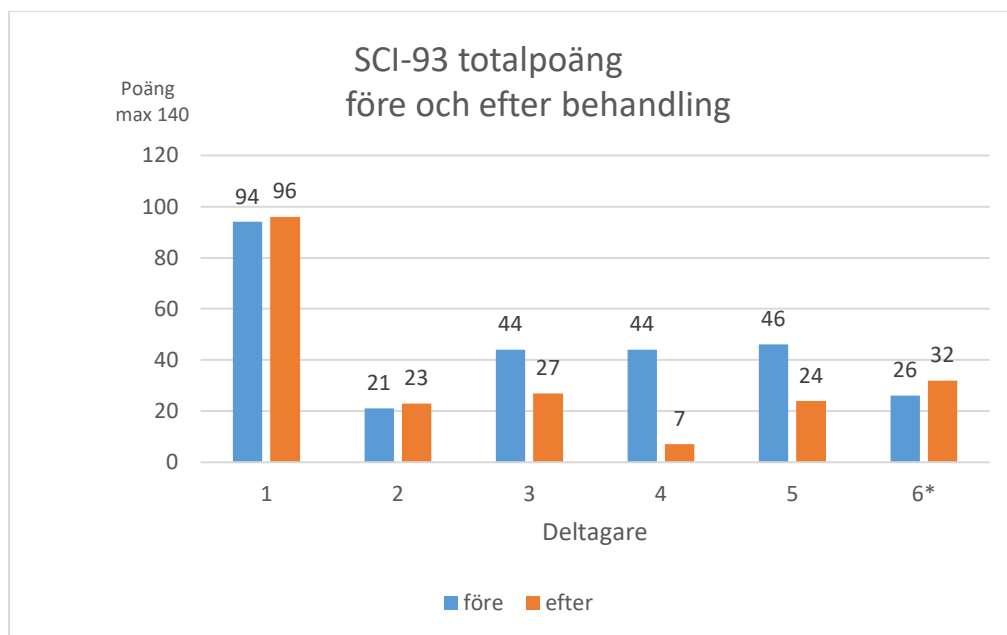
-Under just lyssnandet kände jag ingen jättestor effekt direkt (Deltagare 4)

Kvantitativt resultat

Förändringar beträffande den självskattade förmågan till autonom reglering (SCI-93) samt upplevelsen av social fobi (LSAS-SR) redovisas deskriptivt, för varje enskild deltagare, före och efter behandlingen, se figurer 1–3 nedan. Gruppens medianvärden före och efter behandlingen redovisas också.

Förmåga till autonom reglering (SCI-93)

Vad gäller den självskattade förmågan till autonom reglering hade en person redan före behandlingen under 25 poäng (cut of gränsen för autonom dysfunktion) och efter behandlingen hade tre personer under 25 poäng. Två personer skattade marginellt ökad autonom dysfunktion (2 skalsteg) medan patient 6 som avbröt behandlingen efter 3,5 timmes lyssnande angav ökning på 8 skalsteg. Se figur 3. Medianvärdet för de sex personerna sjönk från 44 till 25 poäng avseende autonom dysreglering.

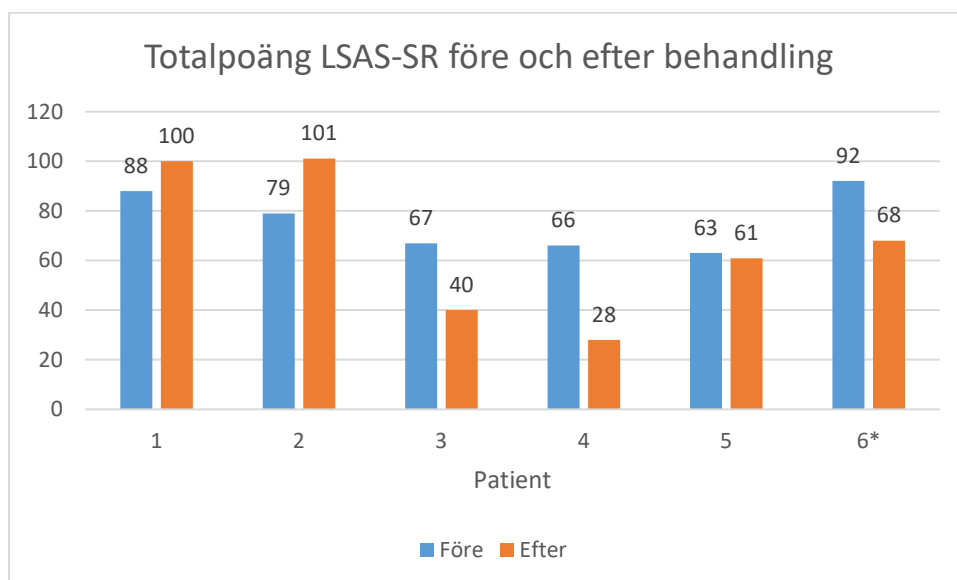


Figur 3. De sex deltagarnas totalpoäng på SCI-93 före och efter behandling. Obs deltagare 6 avbröt behandlingen efter 3,5 h.

Resultat finns även för de tre delskalorna på SCI-93: de psykiska, vegetativa/hormonella samt muskulära, se bilaga 6. För deltagare som skattade minskade autonoma symptom sågs minskningen på samtliga tre delskalorna. Deltagare som skattade ökade symptom uppgav en ökning vad gäller de vegetativa/hormonella symptomen.

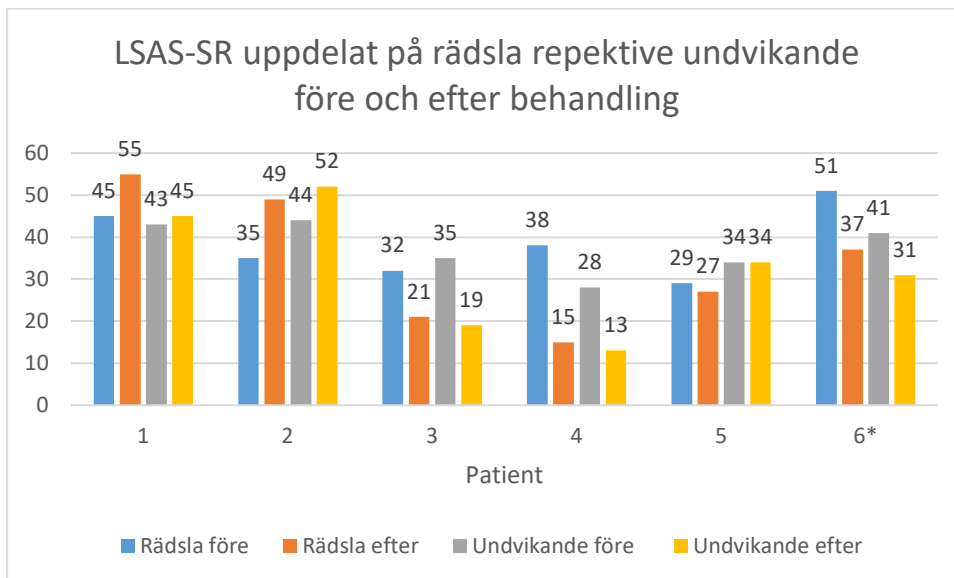
Rädsla och undvikande i sociala situationer (LSAS-SR)

Efter behandlingen skattar fyra deltagare lägre vad gäller social ångest, varav en skattar 28 poäng (det vill säga under gränsvärdet på 30 poäng), se figur 4. Två deltagare skattade ökad social ångest efter behandlingen. Gruppens medianvärde sjönk från 73 före behandlingen till 64 efter behandlingen.



Figur 4. Totalpoäng avseende de sex deltagarnas skattning av rädsla och undvikande i socialfobiska situationer (Liebowitz Social anxiety scale – self report) före och efter behandlingen.

För deltagare som skattade en total ökning av symptom på social ångest ses ökningen såväl beträffande rädsla som undvikande. För deltagare som skattade minskad social ångest ses på samma sätt en minskning på såväl rädsla som undvikande, se figur 5.



Figur 5. Deltagarnas skattning av rädsla repektive undvikande (LSAS-SR) före och efter behandlingen.

DISKUSSION

Resultat diskussion

Syftet med den här studien var att undersöka och beskriva upplevelsen av att lyssna på filtrerad musik och den eventuella förändringen detta hade på symptom relaterade till social ångest. Analysen av intervjuerna utmynnade i två teman: ”Kontakten med andra” repektive ”kontakten med sig själv” som beskrivs före-, repektive efter behandling. Studien visar på en överensstämmelse mellan den kvalitativa repektive kvantitativa delen. Det vill säga de patienter som i intervjuerna uppgav en minskad social ångest efter behandlingen, skattade också en förbättring vad gällde upplevelsen av autonoma symptom (SCI-93) och social fobi (LSAS-SR) samt tvärtom, de som inte upplevde någon skillnad avseende den sociala ångesten uppvisade oförändrade eller försämrade skattningar på instrumenten.

Före behandling/ kontakten med andra

Fyra av fem patienter skattade högt på autonom dysreglering (SCI-93) före behandlingen. En förhöjd autonom aktivitet kan bero på en minskad parasympatisk inhibering. (Thayer &

Lane, 2000). SCI-93 differentierar inte mellan olika typer av autonom aktivering. Dock kan man utifrån de givna frågorna i enkätinstrumentet, identifiera symptom kopplade till båda autonoma systemen. Exempelvis finns symptom som motsvarar ökad sympatikusaktivering såsom muskelspänning, irritation eller oro. Det finns även symptom som muskeltrötthet, magproblem och nedsatt koncentrationsförmåga som indikerar parasympatisk skyddsreaktion (dorsal vagus aktivering). Patienterna skattade även högt på rädsla och undvikande i sociala situationer enligt LSAS-SR. Undvikande kan ses som en aktivering av dorsala vagus eller som en flykt med aktivering av sympatikus. Vi distanserar eller isolerar oss från andra (Dana, 2018). Rädsla kan vara en sympatikusaktivering om den varvar upp kroppen, gör den redo, eller en dorsal-vagus aktivering om vi upplever situationen som livsfarlig eller överväldigande och vi blir tysta eller stänger ned, sätter oss vid sidan om.

Vad gäller de kvalitativa resultatet ger även de en bild av att nervsystemet är aktiverat för fara. ”Att bli sedd” eller ”att vara i centrum” upplevs som en stress. Detta kan tyda på att deltagarnas dorsala vagus är aktiverat. Nervsystemet använder den parasympatiska ”stillheten” som en väg ut ur situationen. Vi gömmer oss, eller ”är inte med” (Dana, 2018). Någon deltagare uttrycker ” (...) jag minns att jag blev så himla nervös när jag skulle prata inför alla att jag kom knappt ihåg vad jag gjorde där.” Michel m.fl. (2023) talar om orörlighet eller kollaps, alternativt hypotoni eller spela död, för denna respons som uppkommer vid en fara där flykt eller kamp inte är möjlig.

Vissa deltagare uppger även symptom som är förknippade med en sympatikus aktivering: som ”(.....) och blir oftast så stressad, röd i ansiktet”. När sympatikus är aktiverat förbereder vi oss för att agera på något sätt (Kozłowska, Walker, McLean, Carrive, 2015). Både vid sympatisk som dorsal- vagus aktiveringen, upplever vi oss som avskilda från andra. Mellanörats muskler lyssnar nu efter fara (det vill säga låga frekvenser) och är inte inställda för att lyssna efter samhörighet (frekvensen av mänskligt tal). Alternativt har örat svårt att höra några ljud alls (dorsala vagus) (Dana, 2018). Det blir alltså svårt att sam-reglera med andra människor. En deltagare uttryckte det som att hen hade ”svårt att komma in i dynamiken”. Den patient (2) som skattar lågt på autonom dysfunktion innan behandling,

skattar högre efter behandling. Detta skulle kunna bero på en ökad medvetenhet om hur hen mår och därmed en ökad interoception (Quadt, Critchley, Garfinkel, 2018). Det vill säga patientens dorsala vagus var troligen aktiverad innan behandling, vilket innebär att hen var fränkopplad sig själv.

Kroppens skyddsmekanismer väcker skam hos deltagarna, den externa respektive interna skammen. Ur ett neurofysiologiskt perspektiv ses skam som främst en parasympatisk aktivering, det vill säga dorsala vagus (Bergsten, 2015). Den externa skammen är förenad med ett stort psykologiskt lidande då den handlar om hur vi uppfattar att andra ser på oss (Thibodeau, Kim, Jorgensen, 2011.) Detta reflekterar en evolutionär rädsla för att bli utesluten ur gruppen vilket skulle innebära döden. Att bli utesluten ur gruppen är också något som ses som en evolutionär orsak till social fobi (Kåver, 1999).

Efter behandling/ Kontakten med andra

Tre patienter ger uttryck för en positiv förändring i kontakten med andra. De skattar lägre på undvikande och rädsla i sociala kontakter och ger uttryck för ett ökat lugn i sociala situationer.

- Jag tycker att det är lättare överlag med mötena. Jag känner mig mer avslappnad. Det är liksom känslan jag har just nu. Detta skulle kunna förklaras med en ökad aktivering av ventrala vagus eftersom det är när nervsystemet känner sig tryggt som det är möjligt att ha kontakt med andra. Om vi har ett balanserat nervsystem använder vi olika sätt för att samreglera med andra människor. Även om vi upplever svårigheter i kontakten med andra, känner vi att vi kan hantera detta, det finns en förmåga att hantera det (Dana, 2018).

För de som upplevt en förbättring av besvären skulle man kunna tolka det som att när ventrala vagus tränas upp (via SSP), ökar kapaciteten att behålla ventrala vagus aktiverad i utmanande situationer, som annars skulle ha triggat ett nervsystem i försvarsläge (Skantze, 2023). Det vill säga vårt toleransfönster vidgas.

Två patienter uttrycker att kontakten med andra är oförändrad i intervju svaren och sämre i självskattningarna, efter behandling.

- Men sen när jag kom till skolan så fick jag tillbaka panikkänslorna direkt.

- Men jag får ju fortfarande det här...till och med när jag går runt själv i affären. Jag tycker det är, inte mycket jobbigt, men lite.

Här kan man tänka sig flera olika förklaringar. En förklaring kan vara att när nervsystemet uppfattar trygga signaler rör det sig uppåt i hierarkin, från dorsala vagus, till sympatikus och om det finns tillräckligt med trygghet, till ventrala vagus. Detta innebär att vi kan uppleva en försämring vid en behandling om nervsystemet inte uppfattar tillräckligt med trygghet (Dana, 2018). Dvs patienten kan uppleva känslan av att vara avskild från sig själv och andra (i dorsala vagus) som mer trygg än den energi och kamp/ flytkänsla som finns i en sympatikusaktivering. Om vi inte har tillräckligt med erfarenhet av trygghet, kan nervsystemet tolka trygghet som en fara. Som terapeut är det då viktigt att samreglera med patienten samt hjälpa patienten att se hur mycket hans nervsystem klarar av att ”stretcha sig” innan det hamnar utanför sitt toleransfönster. Genom psykoedukation kring hur nervsystemet fungerar och att beskriva de kroppsliga förnimmelserna utifrån ett autonomt perspektiv kan hjälpa till att skapa ökad trygghet i stunden (Dana, 2018).

Vid desorganiserad anknytning kan trygghet vara en trigger för fara. Detta förklaras av att nervsystemet tidigare upplevt en konflikt mellan anknytningssystemet och överlevnadssystemet då personens anknytningsperson ibland upplevts som farlig Liotto, 2004). Rädsla för medkänsla med sig själv är korrelerat med tidiga skammande trauman/ minnen och omvänt korrelerat med minnen av värme och trygghet (Matos, Duarte, Pinto-Gouveia, 2017). I detta fall med Safe and Sound Protocol tänker jag att man kan likställa dess trygga frekvenser med den fysiologiska delen i en trygg anknytning och att det därför kan utlösa reaktioner enligt ovan.

Ytterligare en faktor att ta hänsyn till är hur patienten haft det i sitt liv under den tid som hen lyssnat. Nervsystemet tolkar omvärlden i stort och reagerar därefter. Om vi till exempel har stora krav på oss i skolan kan vi uppleva det som en fara eller som något överväldigande varvid nervsystemet reagerar därefter. Patient 1 har i intervjun gett uttryck för att hen haft det mycket stressigt under denna period med mycket höga krav i sina studier. Patient 2 har också

gett uttryck för stress under behandlingsperioden, men då i stället en stress av att inte ha något att göra på dagarna.

Före behandling/ Kontakten med mig själv

Samtliga deltagare uttrycker en självmedvetenhet och negativ självutvärdering innan behandling.

-Varför känner jag så här nu, varför kan jag inte bara vara glad och trevlig? Varför låser jag mig på det här sättet?

Den interna självkritiken kan ses som ett sätt att skapa trygghet genom att gå från dorsala vagus och uppåt i hierarkin till sympatikus. Inom compassionfokuserade terapin ses självkritik som en säkerhetsstrategi med funktionen att närma sig anknytningspersoner eller viktiga andra. För ett barn är det viktigaste att överleva och det är anknytningspersonen som ser till det. Det blir då riskabelt att kritisera anknytningspersonen varför kritiken riktas mot sig själv i stället (Andersson & Viotti, 2013).

Efter behandling/ Kontakten med mig själv

Även i ”kontakten med mig själv” skiljer det sig mellan deltagarna efter behandling.

En patient upplevde att hen börjat se till sina behov i ökad grad: *”Mer att jag kanske successivt har kommit in i bättre vanor med träning och sånt där.”* En ökad ventral aktivering kan innebära att vi i högre grad blir medvetna om våra kroppsförnimmelser och de behov vi har. Vi har då möjlighet att i högre grad tillfredsställa våra behov.

En annan deltagare (patient 2) ger i intervjun uttryck för att ha funderat mer över sin problematik efter behandlingen *” Jag har märkt att jag tänker mycket på det. Ska jag ta ögonkontakt nu eller ska jag ta ögonkontakt sen.”* Hen skattar också högre på självskattningsinstrumenten efter behandlingen. Witthöft m.fl. (2020) menar att interoceptionen hos personer med olika kroniska fysiska och mentala tillstånd är mindre detaljerad och mer förvrängd beroende på tidigare erfarenheter. Interoceptionen hos personer med ångest pekar i två riktningar; dels mindre noggrann jämfört med frisk kontrollgrupp dels med en förhöjd känslighet inför kroppsliga förnimmelser (Quadt, Critchley, Garfinkel, 2018).

Man skulle kunna jämföra detta med trauma patienter som enligt Gerge (2016) ofta har svårt för det egna ”intrapsykiska” materialet, det vill säga tankar, känslor och kroppsförmågelser, vilket innebär att terapeuten i början av en behandling kan behöva uppmärksamma patienten på det undvikande beteende hen har.

Patient 1 skattar inledningsvis mycket högt på autonom dysfunktion, med ännu högre skattning efter behandling. De ökade symtomen skulle kunna bero på att doseringen av Safe and Sound Protocol varit för hög, det vill säga utanför hens toleransfönster. Instruktionen till patienterna har varit att minska doseringen vid eventuella ökade symtom. Men om patienten hade svårt att förnimma inre signaler, det vill säga låg interoceptiv medvetenhet, kan det vara så att hen inte varit medveten om försämringen förrän hen fyllde i självskattningen. Detta visar på vikten av att lyssna tillsammans med någon som kan hjälpa till att tyda nervsystemets signaler, särskilt vid avsevärd dysfunktion i nervsystemet.

De patienter som skattat en minskad social ångest och autonom dysfunktion (patient 3,4 och 5) ger också uttryck för en ökad acceptans till sina tankar och till sig själva: *”Det kändes som om jag blev lite snällare mot mig själv och då mådde jag bättre av det.”* De är vänligare mot sig själva. Keltner, (2012) ser vagus nerven som en ”compassion”- nerv. Att när vår ventrala vagus är aktiverad tar vi hand om andra och om oss själva. Det är inte bara tonen på vår röst som förändras, utan också vårt förhållningssätt till vår omgivning och oss själva som förändras.

Acceptans kan också ses som en del i att vara medkännande med oss själva (Zhang, Chen, Tomova Shakur, 2018). Att acceptera innebär att vi är medveten om våra tillkortakommanden, eller negativa upplevelser och omfamnar det som en del av oss själva (Neff, 2003). *”Jag känner mig som jag kan vara mer mig själv liksom. (...) – Ja. Sen är väl inte jag den som pratar mest ändå. Men jag kan känna att det gör inget.”*

Några av patienterna har förändrat sitt sätt att se på sig själv och på omvärlden och att detta kan ha samband med den autonoma status de är i. I den polyvagala teorin beskrivs ”story

follows state”, vilket innebär att våra tankar om världen och om oss själva förändras beroende på vår autonoma status (Dana, 2018).

Interoceptionen, det vill säga medvetenheten om våra kroppsörnimmelser, är viktig för hur vi ser på oss själv och vår subjektiva upplevelse av världen (bla Berlucchi & Aglioti, 2009).

Detta är något som man medvetet arbetar med i många kroppsbaseade terapier (Price m. fl, 2011) samt kontemplativa metoder (Bornemann m.fl.,2015; Gibson, 2019).

Ovanstående resonemang kring hur nervsystemet reagerar kan ses som lite mekaniskt. Det är dock ett försök att sätta ord på komplicerade processer med förenklade termer.

Huvudtemat har varit att beskriva nervsystemets olika reaktioner kopplade till social fobi för att såväl terapeut som patient bättre ska förstå sig själv och sina autonoma reaktioner. Att förstå att de ej är kopplade till viljemässiga beteenden, utan till nervsystemets tolkningar av fara.

Det är viktigt att komma ihåg att alla nervsystem är individuella och reagerar utifrån tidigare erfarenheter. Det vill säga det är inte ”fel” att ett nervsystem reagerar med fara i en social situation. Problemet blir när vi tolkar autonoma reaktioner som dåliga eller om det autonoma nervsystemet är oflexibelt på grund av för lite trygghet i stunden eller i tidigare erfarenheter. Vi kan då se på oss själva som dåliga och skapa skam kring våra reaktioner vilket leder till en ond cirkel av mer otrygghet och fara.

Dana (2018) menar att trauma minskar vår förmåga till kontakt med andra människor och ersätter det med olika slags autonoma försvar. De försvar som en gång var adaptiva blir i stället en vana som försvårar social kontakt idag. ” *Trauma compromises our ability to engage with others by replacing patterns of connection with patterns of protection*” (från intro xv111).

I Clark & Wells (1995) kognitiva modell för social fobi, är det tre faktorer som vidmakthåller den sociala ångesten. Dels de negativa regler och antaganden som patienten gör kring sig själv i en social situation med medföljande fokus inåt. Dels de säkerhetsbeteenden som görs för att kunna hantera situationen. Och som en tredje faktor, den kritiska utvärderingen av sig själv efter en social situation.

Det polyvagala perspektivet beskriver att om patienternas vagus ton kan höjas skulle det innebära att patientens kritiska och/ eller negativa syn på sig själv skulle förändras. Patienten skulle bli mer medkännande och mindre självkritisk. Hen skulle inte heller ha behov av några säkerhetsbeteenden då behovet av skydd minskar eftersom patientens nervsystem tolkar situation som hanterbar. Sammantaget skulle detta minska vidmakthållandet av den sociala fobin. Förmågan att samreglera och känna sig trygg tillsammans med andra skulle underlättas. En hög vagus ton utvecklas då vi i livet upplevt upprepade trygga kontakter med andra. Detta stämmer också överens med anknytningsforskningen där bland annat Liotti (2004) menar att otrygg anknytning ökar sårbarheten för trauma-relaterade och/ eller emotionella diagnoser.

Metoddiskussion

Intern validitet, trovärdighet

Design

I denna studie har mixed method design använts. Tyngdpunkten i analysen vilade på data som inhämtades genom intervjuer vilket gav möjlighet att inhämta information som inte kunnat förutses. Kvalitativa data är särskilt betydelsefullt då det som i detta fall handlar om att undersöka en metod som är ny eller väldigt litet studerad.

Insamlandet av kvantitativa data, i form av självskattningsinstrument, har bidragit till att bredda resultatet och gav ökad tyngd åt resultatet då det fanns en samstämmighet mellan de olika formerna av insamlade data. För en större vetenskaplig tyngd hade dock en randomiserad studie, där halva gruppen lyssnade på filtrerad musik och den andra halvan lyssnade på vanlig musik, varit det bästa. Om tiden för studien varit längre hade det också varit bra med uppföljningar av resultatet över tid med nya självskattningar och intervjuer några månader efter lyssnandet. Så som denna studie var utformad kan det ha varit flera faktorer, förutom lyssnandet, som påverkade resultatet: kontakten med terapeuten, den psykopedagogiska förklaringen som gavs till hur nervsystemet är uppbyggt, och att överhuvudtaget delta i en studie, är alltsamman faktorer som inte har kontrollerats för. Social desirabilitet är en faktor som innebär att patienter kan ge de svar hen tror att omgivningen vill ha, för att ge ett gott intryck på de människor som hen interagerar med (Junior, 2022).

Ytterligare en aspekt som skulle behöva belysas är kopplingen mellan lyssnandet och ev påverkan på det autonoma nervsystemet. En sådan studie skulle vara mycket resurskrävande då det skulle kräva avancerad mätning, i form av till exempel HRV eller RSA.

Man får dock se denna studie som en pilotstudie som visar på behovet av ytterligare forskning inom området och som vågar tänka i nya banor.

Förförståelse och objektivitet

Undertecknad har arbetat på den aktuella mottagningen dit patienterna remitterades i flera år, och då arbetat med kognitiv beteende terapi mot social fobi. Under något år har undertecknad även arbetat med dosering av Safe and Sound Protocol. Detta innebär att undertecknad har en förförståelse för problematiken kring social fobi och även en förförståelse kring hur Safe and Sound protocol fungerar och vad man kan förvänta sig av behandlingen. Denna förförståelse skulle även kunna innebära en minskad objektivitet då undertecknad förväntar sig ett visst resultat i enlighet med tidigare erfarenheter. En ytterligare svaghet i form av minskad objektivitet kan vara att undertecknad både har utfört doseringen av behandlingen samt utvärderat den i form av intervjuer och skattningar. Detta kan ge konfirmeringsbias (Goodfellow & Canfield, 2020). Undertecknad har försökt att minska risken genom att ha regelbunden kontakt med handledaren för att stämma av tolkningar och analyser.

Urval

Konsekutivt urval passar bra i en experimentell studie där man vill testa om en behandling har någon effekt (infovoice.se). Det vill säga man vill undersöka vilka förändringar som blir följden av en behandling. Undertecknad hade inte någon kontroll över vilka deltagare som remitterades till mottagningen, vilket ökar objektiviteten. Samtidigt var det dock ett problem att patienterna som remitterades var inställda på samtalsterapi, vilket gjorde att flera avböjde behandling alternativt avbröt.

Datainsamling

En av svagheterna med studien är att antalet deltagare är litet vilket med största sannolikhet innebär att mättnad inte har uppnåtts. Att intervjua fler personer hade bidragit till att fördjupa analysen då fler upplevelser och erfarenheter hade kommit till uttryck. Att tre deltagare har tackat nej till att delta kan troligen bero på att de sökt vård för att få samtalsterapi och därmed inte varit inställda på någon alternativ behandling. Det kan också finnas en misstro generellt

mot en ny typ av behandling som är så annorlunda mot konventionell behandling (medicinering eller KBT).

Samtliga män som tillfrågades har tackat ja till att delta i studien vilket är intressant eftersom män generellt drar sig för att söka hjälp vid psykisk ohälsa (Seidler m.fl., 2016). Vad gäller den kvalitativa delen av studien har vissa deltagare haft svårt att sätta ord på sina upplevelser. Panayiotou m.fl., (2020) menar att det finns ett samband mellan alexitymi och social fobi då alexitymi, nedsatt medvetenhet om mig själv och mina känslor, har samband med en undvikande coping strategi. Detta har i denna studie försvårat möjligheten att få reda på hans upplevelser och även försvårat analysen av enskilda intervjuer. Även undertecknads tillkortakommanden när det gäller att göra kvalitativ intervju får sägas vara en faktor som kan ha bidragit till att intervjuerna inte blev så djupa och rika som hade varit önskvärt.

Dataanalys

För att öka objektiviteten har dataanalysen granskats av handledaren med lång erfarenhet av kvalitativ analys. Detta minskar risken att texten har tolkats utifrån förutfattade meningar hos undertecknad.

Extern validitet, generaliserbarhet

För att öka generaliserbarheten hade det varit önskvärt att ha med patienter från flera mottagningar. Det är inte säkert att de patienter som remitterats till undertecknads mottagning kan generaliseras vad gäller social fobi då det är en diagnos som kan inbegripa en mångfald av olika typer av besvär och symtom. Samtliga patienter som var med i studien uppfyllde dock diagnoskriterierna för social fobi.

Själva behandlingen med Safe and Sound Protocol har patienterna utfört i sina egna hem. Undertecknad har dock kunnat följa att de faktiskt lyssnat via datorn. Instruktionen har varit att lyssna i så trygg kontext som möjligt för att behandlingen ska ge effekt. Det är också viktigt att de inte läser eller tittar på datorn samtidigt som de lyssnar. Detta på grund av att de områden i hjärnan som har med lyssnande och läsning överlappar varandra och därmed att

ingen konkurrens ska ske mellan syn och lyssnande. Dessa förhållanden har inte kunnat verifieras och är en ytterligare osäker variabel.

Resultat ur ett hållbarhetsperspektiv

Att minska människors sociala rädsla innebär en ökad hållbarhet ur många aspekter. Dels för den enskilde individen där man har sett att ensamhetskänsla har visat sig predicera för ökad risk för fysisk och psykiskt välmående (Cacioppo & Cacioppo, 2014). Social rädsla behöver inte betyda ensamhet, men kan vara en faktor som hämmar kontakten med nya människor. Ett demokratiskt hållbart samhälle innebär ett samhälle där alla människor vågar komma till tals. Att minska den sociala rädslan för alla är därför mycket viktigt.

Ur ett ekonomiskt hållbarhetsperspektiv kan studien visa att behandlingen kan ske hemma och på egen hand med små resurser som ett par hörlurar och en mobiltelefon. Metoden kräver inte så stora insatser varken för vården eller för den enskilde individen.

Att behandlingen kan ske digitalt är viktigt ur ett jämställdhetsperspektiv där vården är ojämnt fördelad över landet. Det sparar tid och pengar för både den enskilde och för vården.

Slutsatser/ Erfarenheter

Studien visar att det finns individuella variationer i hur vi reagerar på Safe and Safe Protocol och att detta är viktigt att tillgodose vid en eventuell behandling. Det är till exempel viktigt att ta hänsyn till ingångsstatus då ett nervsystem med hög dysfunktion kan behöva ha hjälp av en terapeut för att reglera nervsystemet samt att patienten kan behöva hjälp med att tolka signalerna från nervsystemet så att doseringen inte blir för hög.

Det som framkommit i studiens enkätsvar (avseende autonom dysfunktion respektive social ångest) visar att förändringar till det bättre går över fler skalsteg än förändringar till det sämre. De tre patienter som upplevde en minskad social ångest, upplevde även en minskad självkritik och större acceptans till sig själva.

Förslag till fortsatt forskning

Då detta är en pilotstudie och det inte har gjorts någon tidigare forskning på Safe and Sound Protocol och social fobi, väcker studien många frågor som kvarstår att besvara. Nedan följer några förslag på områden att undersöka vidare.

- Randomiserad studie med Safe and Sound Protocol som behandling vid social fobi för att se om tendensen till en minskad social ångest kvarstår när man undersöker ett större antal deltagare och under mer kontrollerade former.
- Eventuella långtidseffekter av behandlingen. Denna studie har bara undersökt effekterna 2–4 v efter behandling. Hur ser det ut på lång sikt?
- Vilka patienter har effekt av behandlingen? Finns det gemensamhetsfaktorer hos de som kan ha störst effekt av behandlingen?
- Vilka patienter har troligen inte någon effekt av behandlingen?
- Specificering av dosering för bästa effekt.

Referenser

- American Psychiatric Association (2017) *MINI-D 5 Diagnoskriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press AB, Stockholm
- Andersson, C., Viotti, S. (2013) *Compassionfokuserad terapi*. Natur och Kultur, Stockholm
- Baker, L., S., Heinrichs, N., Hyo-Jin, K., Hofmann, S., G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 701-715
- Bamber, M., R. (2006). *CBT for Occupational Stress in Health Professionals*. Routledge, East Sussex
- Bergsten, K. (red), Lillengren, P., Lindert, P., Pettersson, K., Hellquist, I., Almeback, L. (2015). *Affektfokuserad psykodynamisk terapi*. Natur och Kultur, Stockholm
- Berlucchi, G., Agliot, S., M. (2010). The body in the brain revisited. *Experimental Brain Research* 200(1):25-35, doi: 10.1007/s00228-009-1970-7
- Bornemann, B., Herbert, B., M, Mehling, W., E, Singer, T. (2015). Differential changes in self-reported aspects of interoceptive awareness through 3 months of contemplative training. *Frontiers in psychology*; 06 january. Doi: 10.3389/fpsyg.2014.01504
- Borg, E., Counter, S., A., (1989). The middle ear muscles. *Scientific American* 261:74-80
- Breit, S., Kupferberg, A., Rogler, G., Hasler, G. (2018) Vagus nerve as modulator of the brain-gut axis in psychiatric and inflammatory disorders. *Frontiers Psychiatry*, 13 (3)

Cacioppo, J.T., & Cacioppo, S (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72. <http://doi.org/10.1111/spc3.12087>

Cattaneo, L., A., Franquillo, A., C., Greucucci, A., Beccia, L., Caretti, V., Dadomo, H. (2021) Is low heart rate variability associated with emotional dysregulation, psychopathological dimensions, and prefrontal dysfunctions? An integrative view. *Journal of Personalized Medicine*. 11, 872. Doi.org/10.3390.jpm11090872

Charter, Mj., Hazen, A.L. & Stein M.B., (1998) Lifetime patterns of social phobia: a retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Journal of Depression Anxiety*.7(3),113-121.

Clark, D. M., & Wells, A. (1995) A cognitive model of social phobia. In R.G Heimberg, M. R. Leibowitz, D. A. Hope, & F.R. Schneier (red), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (s 63-93). New York: Guilford Press

Coleman, M., & Gillberg, C. (1985). *The biology autistic syndromes*. Praeger, New York

Creswell, J. (2015) *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. Los Angeles: Sage Publications, Inc

Dana, Deb. (2018) *The Polyvagal Theory in Therapy*. Norton &Company, New York

Ericsson, A., Nyström, C., Mannerkorpi, K. (2015) Psychometric Properties of the stress and crisis inventory (SCI-93) in females with fibromyalgia and chronic widespread pain. *Nordic Journal of Psychiatry* 69 (1): 28-34

Eriksson-Zetterquist, U., Ahrne, G. (2022) Intervjuer. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red) *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 77). Stockholm: Liber

Flores, P.J. (2010) Group psychotherapy and neuro plasticity: An attachment theory perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60:4

Fresco, D., M., Coles, M., E., Heimberg, R., G., Liebowitz, M., R., Hami, S., Stein, M., B., & Goetz, D. (2001) The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025–1035

Furmark, T, Holmström, A, Sparthan, E., Carlbring, P., Andersson, G. (2018) *Social fobi-effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Liber, Stockholm

Geller, S.M, Porges, S.W. (2014) Therapeutic presence: neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration* 24:178–192

George, M.S., Frumkin, M.R, Palitz, S.A., Swee, M.B., Baker, A.W, Bui, E. et al (2020) A pilot study of vagus nerve stimulation (VNS) for treatment- resistant anxiety disorder. *Brain Stimulat* 1:112–21. Doi 10.1016/j.brs.2008-02.001

Gerge, A. (2016) Trauma, om psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik. Insidan, Falun

Gerritsen, R., J., S., Band, G., P., H. (2018) Breath of Life: The respiratory vagal stimulation model of contemplative activity. *Frontiers in human neuroscience*. 12:397. Doi: 10.3389/fnhum.2018.00397

Gibson. J. (2019) Mindfulness, interoception, and the body: a contemporary perspective. *Frontiers in Psychology*. 13 september. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.02012

Goodfellow, G., P., W., Canfield, T., J. (2020) An overview of confirmation bias in science: examples and opportunities for improvement. *Society of Environmental Toxicology and chemistry*. Nov 15-19

Goetter, E., M., Franklin, M., R., Palitz, S., A., Swee, M., B., Baker, A., W., Bui, E. (2020) Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological Services*, 17 (1), 5-12.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ser0000254>

Grossman, P., Taylor, E., T. (2007) Toward understanding respiratorisk sinus arrhythmia: relations to cardiac vagal tone, evolution and biobehavioral functions. *Biological Psychology*. 2007Feb; 74(2):263-85

Gunnarsson, R. Urvalsstrategier och datainsamling [Infovoice.se] Tillgängligt på <https://infovoice.se/urvalsstrategier-och-datainsamling/>. Informationen hämtad augusti 11, 2023

Junior, J., P., B. (2022) Social desirability bias in qualitative health research. *Revista de Saude Publica*. 56:101

Kanton, J., Scott, K., M., Glue, P. (2012) Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2012:8, 203–215

Keltner, D., (2012) The compassionate species. 12 juli. Hämtad 11 juli 2023:
https://greatergood.berkeley.edu/article/item/the_compassionate_species

Kolacz, J., Porges, S.W (2018) Chronic diffuse pain and functional gastrointestinal disorders after traumatic stress: pathophysiology through a polyvagal perspective. *Frontiers in Medicine*, 5:145. Doi 10.3389/fmed.2018.00145

Kozlovska, K., Walker, P., McLean, L., Carrive, P. (2015) Fear and the defense cascade: Clinical implications and management. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(4), 263–287

Krafft, B., Nyström, C. (2002) Hög stressnivå och omogna försvar ger ond cirkel vid långvarig smärta. *Läkartidningen*, nr 41

Krafft, B., Nyström, C., Nyström, O., Pedersen, C. (2004) Stressreaktion och välfärdsdata. *Socialmedicinsk tidskrift*. Nr 3.

Kuo, J.,R., Goldin, P.,R., Weaver, K.,Heimberg, R.,G.,Gross, J., J.(2011) Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder* May; 25(4):467-73. Doi:10.1016/j.janxdis.2010.11.011 Epub 2010 Nov 26

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur

Kåver, A. (1999) Social ångest. Att känna sig granskad och bortgjord. Natur och Kultur, Stockholm

Liebowitz, M., R. (1987) Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173

Liotto, G. (2004) Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 41(4), 472–486

Maggee, W., J., Eaton, W.W., Wittchen, H-U., McGonagle, K.A. & Kessler, R.C. (1996) Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*.53(2), 159-163

Mannerkorpi, K., Nordeman, L., Ericsson, A., Arndow, M., and the GAU study group. (2009) Pool exercise for patients with fibromyalgia or chronic widespread pain: a randomized controlled trial and subgroup analyses. *Journal of Medicine*. 41: 751-760

Manning, R.,P.,C.,Dickson, J., M., Palmier-Claus, J.,Cunliff, A.,Taylor, P.,J., (2017). A systematic review of adult attachment and social anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 211, 44-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.020>

Matos, M., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. (2017) The origins of fears of compassion: Shame and lack of safeness memories, fears of compassion and psychopathology. *The Journal of Psychology*. 151:8

Michel, P-O. (red), Lundin, T., Berg Johannesson, K., Nilsson, Arnberger, F. (2023) Psykotraumatologi. Studentlitteratur, Lund.

Neff, K., d. (2003) The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.

Nyström, K., Nyström, O. (2019) Stress and Crisis Inventory, SCI-93. Medendus, Tranås

Ogden, P., Kekuni, M., Clare, P. (2006) Trauma and the Body. A Sensorymotor Response to Psychotherapy. W.W. Norton & Company, Inc. New York.

Paciorek, A., Skora, L. (2020) Vagus nerve stimulation as a gateway to interoception. *Frontiers Psychology*. 11:1659. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.01659

Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Michalides, M., P. (2020) Self-awareness in alexithymia and associations with social anxiety. *Current Psychology*, 39, 1600- 1609

Payne, P., & Crane-Godreau, M.A. (2015). The preparatory set: A novel approach to understanding stress, trauma and the bodymind therapies. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9178. Doi:10.3389/fnhum.2015.00178

Porges, S., W. (1995) Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32 (4), 301–318

Porges S.W. (2011). *The Polyvagal theory, neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. WW Norton & Company Inc, New York.

Porges, S.W., Macellaio, M., Stanfill, S. D., McCue, K., Lewis, G. F., Harden, E. R., Handelman, M., Denver, J., Bazhenova, O. V., & Heilman, K. J. (2013). Respiratory sinus arrhythmia and auditory processing in autism: Modifiable deficits of an integrated social engagement system? *International Journal of Psychophysiology*, 88(3), 261–270.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2012.11.009>

Porges, S.,W., Bazhenora, O., V., Bal, E., Carlson, N., Sorokin, Y., Heilman, K., J. (2014). Reducing Auditory Hypersensitivities in Autistic Spectrum Disorder: Preliminary Findings Evaluating the Listening Project Protocol. *Frontier Pediatric*. 2:80.
Doi10.3389/fped.2014.00080

Porges, S., W., Kolacs, J. (2018) *Neurocardiology through the Lens of the Polyvagal Theory. Neurocardiology: Pathophysiological Aspects and Clinical Implications*. Elsevier, Spain

Porges, S. W. (2019). Brain-Body connection may ease autistic people’s social problems. Hämtat 29 juli 2022 från

<https://www.spectrumnews.org/opinion/viewpoint/brain-body-connection-may-ease-autistic-peoples-social-problems/>

Porges, S.W. (2021). *Polyvagal Safety. Attachment, communication, self-regulation.* W.W. Norton & Company, New York

Porges, S. (2023). Polyvagal Theory: Summary, Premises & Current Status. Polyvagal institute. Hämtad 2023-03-22 från <https://www.polyvagal institute.org/background>

Price, C., Krycka, K, Breitenbucher, T., Brown, N. (2011) Perceived helpfulness and unfolding processes in body-oriented therapy practice. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 11:2, 1-15, Doi: 10.2989/IPJP.2011.11.2.5.1164

Quadt, L., Critchley, H., D., Garfinkel, S., N. (2018) The neurobiology of interoception in health and disease. *Annals of the New York academy of science*. 1428:112–128. Doi: 10.1111/nyas.13915

Robinson, O., J. Charney, D., R., Overstreet, C., Vytal, K., Grillen, C. (2012) The adaptive threat bias in anxiety: amygdala- dorsolmedial prefrontal cortex coupling and aversive amplification. *Neuroimage*. Mar; 60(1) :523–9. Doi:10.1016/j.neuroimage.2011.11.096 Epub 2011 Dec 10

Schlaepfer, T., E., Frick, C., Zobel, A., Maier, W., Heuser, I., Bajbouj, M., et al (2008) Vagus nerve stimulation for depression: efficacy and safety in a European study. *Psychological Medicine* 38:651–61. Doi:10.1017/S0033291707001924

Seidler, Z., E., Dawes, A., J., Rice, S., M., Oliffe, J., L., Dhillon, H., M. (2016), The role of masculinity in men's help-seeking for depression: a systematic review. *Clinical Psychology Review*. 49,10–118.

Siegel, D. (2010). *Mindsight: The new science of personal transformation*. New York, NY: Bantam Books

Siegel, D., J. (2020) *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. The Guilford Press, New York

Skantze, L. (2023) *Polyvagal teori i psykoterapi*. Gothia kompetens. Stockholm

Sladky, R., Höflich, A., Küblböck, M., Kraus, C., Baldinger, P., Moser, E., Lanzenberger, R., Windischberger, C. (2013), Disrupted Effective Connectivity Between the Amygdala and the Orbitofrontal Cortex in Social Anxiety Disorder During Emotion Discrimination Revealed By Dynamic Causal Modeling for fMRI, *Cerebral Cortex*, Volume 25, Issue 4, April 2015, P 895-903. <https://doi.org/10.1093/cercor/bht279>. Published 2013

Thayer, J., F., Lane, R., D., (2000) A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of affective disorders*. 61(3), 201-216

Thibodeau, R., Kim, S., Jorgensen, R., S. (2011) Internal shame, external shame and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychology Faculty/ Staff Publications*. Paper 4.

Tonhajzerova, I., Mokra, D., Visnovcova, Z. (2013) Vagal function indexed by respiratory sinus arrhythmia and cholinergic anti-inflammatory pathway. *Respiratory Physiology Neurobiology*. 1;187(1):78-81

Tyni-Lenne, R., Stryjan, S. (2002) Beneficial therapeutic effects of psysical training and relaxation therapy in woman with coronary syndrome x. *Physiotherapy Research International*, 7 (1) 35-43.

Veale, D. (2003). Treatment of Social Phobia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(4),258–264

Witthöft, M., Bräscher, A-K., Jungmann, S., M., Köteles, F. (2020) Somatic symptom perception and interoception. A latent-variable approach. *Zeitschrift für psychologie*. 228(2), 100-109. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000403>

Zhang, J., W., Chen, S., Tomova Shakur, T., K., (2018) From me to you: Self-compassion Predicts Acceptance of own and others' imperfection. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1–15. Doi:10.1177/0146167219853846

BILAGA 1

Stress and Crisis Inventory - SCI 93 - Svensk

Skattning av symptom förenliga med autonom dysfunktion

	"I mitt vardagsliv stors jag av:"	Inte alls	Lite grann	Måttligt	Mycket	Väldigt mycket
1						
2	Spänningar i käkarna					
3	Muskelsmärta					
4	Muskelstelhet					
5	Muskel trötthet					
6	Allman trötthetskänsla					
7	Att bli lättirriterad					
8	Stickningar i kroppen					
9	Domningar i armar/händer, ben/fötter					
10	Svidande känsla i huden					
11	Sömnsvårigheter					
12	Ögonirritation					
13	Torrhetskänsla i munnen					
14	Överkänslighet for lukter; ljus, ljud					
15	Väderkänslighet					
16	Svullnadskänsla i händer, fingrar					
17	Fumlighet i händer, fingrar					
18	Darrhänthet					
19	Yrsel					
20	Avföring växlande trög, lös					
21	Oro/rastlöshet					
22	Klåda av och till					
23	Kalla händer / fötter					
24	Omväxlande frysningar / svettningar					
25	Ett behov att urinera ofta					
26	Nedsatt koncentration					
27	Sämre minne					
28	Smärta i huden vid beröring					
29	Kokande känsla i kroppen					
30	Minskad aptit					
31	Feber känsla utan att ha feber					
32	Hjärtklappningar					
33	Tryck över bröstet/ tungt att andas					
34	Ofta förekommande huvudvärk					
35	Förändrad sexuell lust					
	Klumpklänsla i halsen					

Summa kryss i kolumn

Multiplacera

Produkt enskild kolumn

x 1

x2

x3

x4

Totalsumma

BILAGA 2

Liebowitz skala för social ångest (LSAS-SR)

Namn: _____ Datum: _____

Fyll i följande formulär med det mest passande svarsalternativet som listas nedan. Basera svaren på hur du har känt dig den senaste veckan (tänk dig in i hur du skulle reagera om du inte har varit med om situationen under veckan). Om du har fyllt i formuläret tidigare, försök att vara konsekvent i hur du bedömer varje situation. Var vänlig och svara på alla frågor.

Rädsla eller undvikande	Undvikande
0= Ingen	0= Aldrig (0 %)
1= Mild	1= Ibland (1-33% av tiden)
2= Måttlig	2= Ofta (33- 67 % av tiden)
3= Stark	3= Vanligtvis (67-100% av tiden)

Gäller för följande situationer	Rädsla eller ångest (0-3)	Undvikande (0-3)
1. Tala i telefon på allmän plats		
2. Delta i små grupper- ha en diskussion med andra		
3. Äta på offentliga platser- darrar du eller känner du dig obehaglig		
4. Dricka tillsammans med andra på offentliga platser		
5. Tala med människor i maktposition- tex en chef, lärare		
6. Uppträda eller tala inför publik- gäller en större publik		
7. Gå på fest- en vanlig fest där du känner några men inte alla		
8. Arbeta när någon ser på- alla sorters arbeten		
9. Skriva när någon ser på – tex signera en check på en bank		
10. Ringa till någon du inte känner särskilt väl.		
11. Tala med personer du inte känner särskilt väl.		
12. Träffa främmande människor		

13. Urinera på en offentlig toalett- där andra personer kan vara närvarande		
14. Komma in i ett rum där andra redan sitter- en mindre grupp där ingen behöver byta plats		
15. Vara i centrum för uppmärksamheten -tex berätta något för andra		
16. Ta ordet vid ett möte- sittande från din plats vid ett mindre möte eller stående vid ett större möte.		
17. Göra ett skriftligt prov		
18. Uttrycka en avvikande mening eller ogillande till personer du inte känner särskilt väl.		
19. Se personer du inte känner väl i ögonen- vanlig ögonkontakt		
20. Avge en rapport till en grupp- en muntlig rapport till en mindre grupp		
21. Göra försök till sexuell kontakt		
22. Lämna tillbaka varor i en affär.		
23. Ordna en fest		
24. Motstå en påstridig försäljare- undvikande betyder att lyssna på försäljaren alltför länge.		

BILAGA 3

Intervju frågor innan behandling

Grundfrågor:

- Hur gammal är du?
- Vilken utbildningsnivå har du?
- Arbetar du? Studerar?
- Har du/ är du varit sjukskriven för din sociala fobi?
- Civilstånd? Barn?
- Medicinerar du mot dina besvär?
- Har du gått i någon behandling mot din sociala fobi?
- Hur länge har du haft dina problem?
- Har du haft problem med öroninfektioner?

1. **Kan du beskriva en social situation som du har varit med om och som har varit problematisk för dig? Vad händer med dig i den situationen?** (Ge utrymme för att patienten verkligen beskriver situationen detaljerat)
Du kan då säga "låt oss stanna i den här situationen" och gå vidare med följdfrågorna (de som hen inte redan har pratat om, se nedan)

Kan du beskriva hur det kändes i kroppen?...utforska!

Vilka tankar fick du? Och i tillägg om du vill: vilka tankar får du om dig själv?

Om du stannar i den här känslan - Vad gör den här känslan med dig/ Hur blir det för dig när du är i den känslan?

Vad får känslan dig att göra?

Gör du något med känslan /Försöker du påverka känslan på något sätt? Hurdå?

Hur blir det?

2. **Är det här som du nu har beskrivit en känsla som du känner igen? Vad skulle du säga att det är för känsla?**

Har den här känslan någon mening för dig/vill den säga dig något?

(Här följer några som kanske är mindre viktiga? Är det här en känsla som du kan visa för andra? Hur kan andra se att du har den här känslan? Vad betyder det för dig att andra ser att du har den här känslan?

Är det här en känsla som du kan prata med andra om? Hur skulle du säga i så fall?)

Hur upplever du det efter en social situation? Hur ser ditt beteende ut då?

3. **Hur upplever du att den här känslan (den sociala fobin) påverkar dig i livet:**

val du har gjort, vänskapsrelationer, utbildning, arbete, familj, parrelationer....

Vilkas strategier har du för att hantera känslan (den sociala fobin)? Hur fungerar dina strategier? Vad hoppas du att behandlingen här ska innebära för dig? Är det något mer du vill lägga till?

BILAGA 4:

Information till forskningspersoner

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt som handlar om att lyssna på filtrerad musik. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för ett projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Syftet med denna studie att undersöka din upplevelse av att lyssna på filtrerad musik enligt Safe and sound protocol (SSP). Denna form av musikterapi är relativt ny och avsikten är att stimulera kroppens lugn- och ro system. I denna studie vänder vi oss till personer som har sökt för social fobi via någon Vårdcentral eller Studenthälsa i Stockholm. Studien ingår i utbildningen till legitimerad Psykoterapeut på Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi.

Hur går projektet till?

Du kommer att kallas till en första intervju som tar ca 45 min där du får veta mer om projektet samt där du och behandlingsansvarig kommer överens om ifall denna behandling är lämplig för dig. Du får då också besvara två frågeformulär om dina besvär.

Om du väljer att medverka i projektet bokas ett första behandlingstillfälle som tar ca 60 min. Då kommer du få testa att lyssna på filtrerad musik via utanpåliggande hörlurar. Under ditt lyssnande sker en bedömning av hur ditt nervsystem reagerar på musiken. Eventuella kroppsliga eller emotionella symtom utvärderas. De flesta klarar av att lyssna i 30 minuter utan problem. I vissa fall kan nervsystemet triggas om du lyssnar för lång tid så att du till exempel känner symtom på oro, rastlöshet eller trötthet.

Utifrån bedömningen avgörs hur lång tid per dag som du bör lyssna på SSP. Du får med dig ett par utanpåliggande hörlurar, tekniska samt praktiska instruktioner kring lyssnandet. Du lyssnar sedan hemma via en app i din mobil till filtrerad musik. Lyssnandet innebär totalt fem timmar som ska fördelas utifrån vad som passar ditt nervsystem. Det kan röra sig om alltifrån 10 minuter per dag till maximalt trettio min per dag. Du rapporterar sedan dagligen via mail dina kroppsliga och känslomässiga upplevelser kopplade till lyssnandet – enligt ett enkelt formulär som det tar ca fem minuter att besvara. Det kommer

därefter ske en uppföljning med intervju och frågeformulär direkt efter avslutad behandling.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Lyssnandet ska ej ge obehag på något sätt, då är behandlingen överdoserad. Om du ändå skulle få obehag i form av trötthet, huvudvärk eller illamående så innebär det att lyssnandet varat under för lång tid. Du ska i sådana fall avbryta lyssnandet och rapportera dina besvär till projektansvarig, Helena Ödling. Besvären är övergående och avklingar då du slutar lyssna.

Vad händer med mina uppgifter?

Intervjuerna kommer att kodas och kodnyckeln förvaras som journalhandling. Även intervjumaterialet och enkätsvaren kommer att förvaras som journalhandlingar.

Intervjumaterialet och enkätsvaren kommer att bearbetas och resultatet kommer att redovisas på gruppnivå så att ingen enskild person kan identifieras. Studien kommer att utmytna i en uppsats vid Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi inom ramen för utbildning till leg. psykoterapeut.

Hur får jag information om resultatet av projektet?

Om du önskar kommer rapporten att skickas via mail. Individuell återkoppling sker vid uppföljningen efter avslutad behandling.

Ersättning

Ingen ersättning utgår för förlorad arbetsinkomst eller andra utgifter som är kopplade till projektet.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för projektet (se nedan).

Ansvariga för projektet

Ansvarig för projektet är

Helena Ödling, leg. sjukgymnast, tel: 0707-306575, mail:

helenaodling@gmail.com

Handledare:

Adrienne Levy Berg, Universitetsadjunkt, Med Dr, leg. sjukgymnast, leg.

psykoterapeut. Karolinska Institutet. adrienne.levy-berg@ki.se

Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle

Sektionen för fysioterapi

Alfred Nobels allé 23

141 83 Huddinge

Tel: 070-2116739

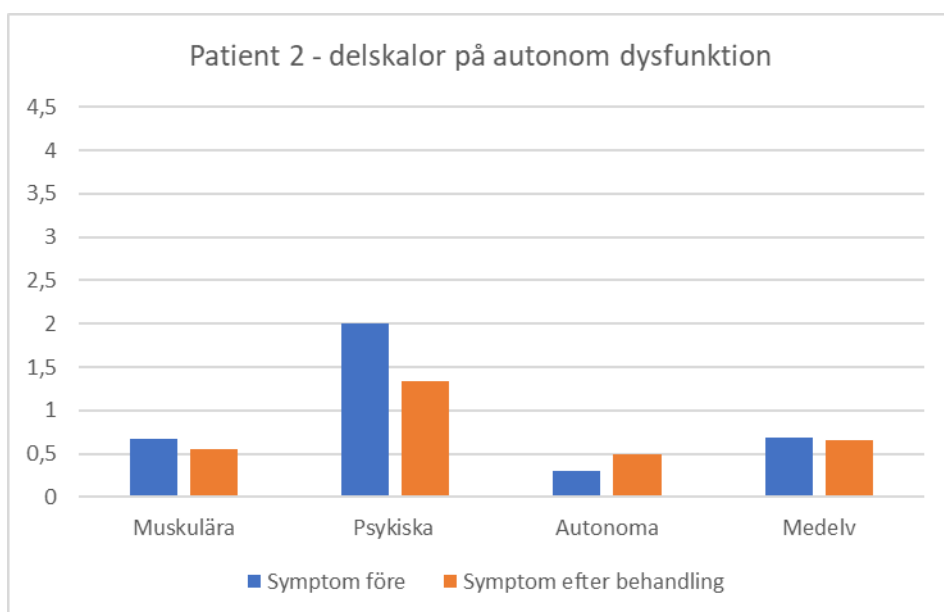
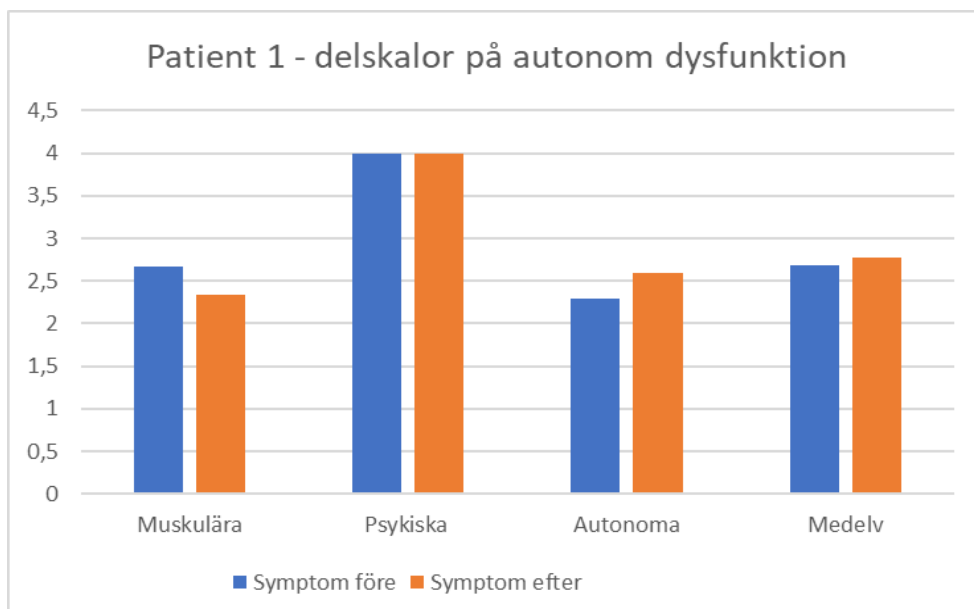
Bilaga 5:

Intervjufrågor efter behandling:

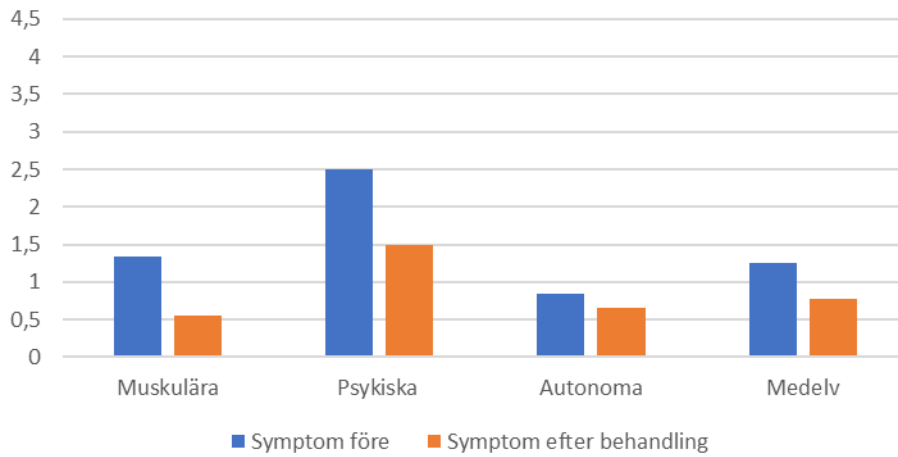
1. Hur har ditt liv sett ut under tiden som du har lyssnat på SSP? Stress belastning av olika slag, förändringar?
2. Hur har du upplevt lyssnandet?
Hur har du mått under tiden du lyssnat? Strax efter lyssnandet? Musiken som sådan?
3. Kan du beskriva hur du upplever en problematisk social situation, nu efter lyssnandet?
Kan du beskriva hur det känns i kroppen? Aktuella känslor? Vad gör känslan med dig? Vilka tankar har du? Hur ser du på dig själv? Hur beter du dig?
4. Förändringar i livet i stort efter lyssnandet?
Har lyssnandet påverkat dig på något sätt i livet?

BILAGA 6

SCI-93 resultat för varje patient (delskalor)



Patient 3 - delskalor för autonom dysreglering



Patient 4 - delskalor på autonom dysfunktion

