



LUNDS UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet vt 2015
Examensuppsats

Effekten av Imagery rescripting vid social ångest
hos ungdomar

Henrik Persson & Sonja Valtonen Sköld

Handledare: Jan-Erik Nilsson

Abstract

The purpose of the study was to examine the effects of imagery rescripting in clients aged 13-17 with social anxiety disorder. Research has shown that imagery rescripting, as an intervention has a major impact on emotions and as a primary treatment for example, PTSD has proven very promising. In two studies, one exploratory and the other a pilot study, the authors described the procedure of imagery rescripting and concluded after a preliminary examination that the method can be useful in treating the unpleasant early memory linked to negative selfimages in the treatment of social anxiety disorder.

This study was carried out as a one-session treatment of 18 participants meeting diagnostic criteria for social anxiety disorder according to DSM-IV, which according to chance was allocated to the treatment group and the control group. The results showed that imagery rescripting has a significantly reducing effect on anxiety concerning early negative childhood memories. Also the effects were not immediate, but at the time for the next assessment seven days later, the difference was significant. One conclusion of the study is that imagery rescripting seems less effective for adolescents than for adults.

Keywords: Imagery rescripting, social anxiety disorder, early memories

Sammanfattning

Syftet med vår studie var att undersöka effekter av imagery rescripting hos patienter i ålder 13-17 år med social ångeststörning. Forskning har visat att imagery rescripting som intervention har stor genomslagskraft på emotioner och har som primär behandlingsmetod vid t.ex. PTSD visat sig vara mycket lovande. I två studier, en explorativ och den andra en pilotstudie beskrev författarna proceduren med imagery rescripting och konstaterade efter en preliminär prövning att metoden kan vara ett användbart hjälpmedel för att behandla obehagliga minnesbilder kopplade till negativa självbilder vid behandling av social ångeststörning

Denna studie genomfördes med en ensessionsbehandling av 18 deltagare som uppfyllde diagnoskriterierna för social ångeststörning enligt DSM-IV , vilka enligt slumpen fördelas till behandlingsgrupp och kontrollgrupp. Resultaten visade att imagery rescripting har en signifikant reducerande effekt på ångest kopplad till tidiga negativa minnesbilder från barndomen. Effekten var inte omedelbar, men blev tydlig först vid mätning en vecka efter interventionen. En slutsats av studien är att imagery rescripting inte har lika tydlig effekt på ungdomar som på vuxna.

Nyckelord: Imagery rescripting, social ångest störning, tidiga minnen

Innehållsförteckning	Sida
<u>Introduktion</u>	7
<u>Bakgrund</u>	7
<u>Komorbiditet</u>	8
<u>Teoretisk modell för social ångeststörning</u>	8
<u>Informationsbearbetning vid social ångeststörning</u>	9
<u>Imagery</u>	10
<u>Imagery rescripting</u>	11
<u>Imagery rescripting vid social fobi</u>	12
<u>Syfte</u>	13
<u>Hypoteser</u>	13
<u>Metod</u>	14
<u>Undersökningsdeltagare</u>	14
<u>Bortfall</u>	14
<u>Design och procedur</u>	14
<u>Etik</u>	15
<u>Instrument</u>	16
<u>Liebowitz social anxiety scale för barn och ungdomar (LSAS-CA)</u>	16
<u>Social phobia screening questionnaire (SPSQ)</u>	16
<u>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</u>	16
<u>Brief fear of negative evaluation scale, version 2 (BFNE-II)</u>	17
<u>Skattningar i studien</u>	17

<u>Resultat</u>	<u>18</u>
<u>Diskussion</u>	<u>26</u>
<u>Metodologiska överväganden</u>	<u>28</u>
<u>Studiens styrkor och begränsningar</u>	<u>29</u>
<u>Etiska överväganden</u>	<u>30</u>
<u>Förslag till framtida forskning</u>	<u>31</u>
<u>Slutsatser</u>	<u>31</u>
<u>Referenser</u>	<u>32</u>
<u>Bilagor</u>	<u>37</u>
<u>Bilaga 1. Visualiseringsstudien, flödesschema</u>	<u>37</u>
<u>Bilaga 2. Respondenternas beskrivning av MOI; meaning of image.</u>	<u>40</u>
<u>Bilaga 3 Intervju enligt Hackman et al, 2000.</u>	<u>43</u>

Introduktion

Bakgrund

Social ångest är en stark och överdriven rädsla för att hamna i sociala situationer där man riskerar att bli granskad av andra. En person med social ångeststörning försöker därför nästan alltid att undvika sociala sammanhang med andra människor eftersom sådana situationer leder till stark ångest och försök att snabbt ta sig därifrån. Diagnosen social ångeststörning kom till först 1980 i DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) och termen var då social fobi. I den senaste, femte versionen av DSM (American Psychiatric Association, 2013) har kriterierna ändrats något och benämningen är nu social ångeststörning (förkortas SAD). Rädslan hos barn måste visa sig i umgänget med jämnåriga och inte enbart i kontakt med vuxna.

Personer med SAD har ofta en rädsla för att prata, läsa, tala eller att skriva inför andra. Dessa rädslor uppstår i olika slags situationer som att delta i diskussioner i klassrum, gå på födelsedagskalas, delta på skoldanser, delta i sportaktiviteter eller i föreningar, använda offentliga toaletter, prata med auktoriteter, exempelvis lärare, och delta i olika informella sociala sammankomster (Beidel, Turner & Morris, 1999). I en översiktsartikel kring barn och ungdomar med social ångeststörning beskrivs typiska symtom på ångest som rodnad, hjärtklappning, svettningar, skakningar, svimningskänsla, kvävningsskänsla, yrsel, magont, huvudvärk och vissa drabbas av riktiga panikattacker (Mancini, Ameringen, Bennett, Pattersson & Watson, 2005).

En enkätstudie genomförd i Sverige visade att punktprevalensen för SAD hos vuxna var 15,6 procent (Furmark et al., 1999). Hos vuxna i USA är livstidsprevalensen för SAD 13.3% och den tredje vanligaste psykiatriska störningen (Kessler et al., 1994).

SAD drabbar ungefär 2-15 % av alla barn (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Enligt samma studie beskrivs att om social ångest lämnas obehandlad kan det få negativa konsekvenser upp i vuxen ålder och bli väldigt handikappande och påverka familjebildning, andra sociala relationer, studier och yrkesliv .

I en svensk undersökning från 2008 på svenska ungdomar framkom det att punktprevalensen i åldrarna 12-14 år var 4,4 procent. Man fann även en signifikant könsskillnad där flickorna

hamnade på 6,6 % jämfört med pojkarnas 1,8 %. SAD kan uppstå tidigt i barndomen, tidigare än de flesta andra psykiska störningar, men enligt författarna debuterar störningen i åldern 12 till 16,6 år (Gren-Landell et al., 2009).

Komorbiditet

Flera studier visar en betydande komorbiditet med SAD under barndomen i form av andra ångeststörningar och depressiva störningar. Här nämns exempelvis generaliserad ångest, specifik fobi, och depression (Albano et al., 1996; Beidel et al., 1999; Coyle 2001). Se också översiktsartikel kring social fobi (Mancini et al., 2005).

Teoretisk modell för social ångeststörning

De två kognitiva förklaringsmodeller som varit mest aktuella inom forskning sedan diagnosen SAD tillkom är Clark och Wells modell (1995) samt Rapee och Heimbergs modell (1997). Clark and Wells modell är inspirerad av Aron Becks kognitiva teori (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Den förklarar hur SAD uppkommer och vidmakthålls, hur den drabbade tolkar sig själv och sin omgivning på ett problematiskt sätt, och hur hon uppfattar situationer som farliga. En person med SAD gör förvrängda tolkningar av sociala situationer, och problemen vidmakthålls av ett extremt självfokus samt undvikande- och säkerhetsbeteenden. I modellen beskriver Clark och Wells hur personens livsregler och grundantaganden aktiveras i sociala situationer och vilka negativa tankar och symtom/känslor som uppkommer i sociala situationer. Personer med SAD använder säkerhetsbeteenden för att förhindra eller minska risken för att göra bort sig och för att skapa trygghet i sociala situationer. Säkerhetsbeteenden kan exempelvis vara att prata fort, gå fort, undvika ögonkontakt, sminka sig mycket för att dölja rodnad, att repetera vad man ska säga, att i efterhand gå igenom vad man sagt osv. Säkerhetsbeteenden förstärker ångesten då självfokusering och ångestsymtom ökar.

Clark och Wells hävdar i sin modell (1995) att personer med SAD har en störd negativ självbild, "self-image", och har intagit ett observerande perspektiv. Det senare betyder att personen uppfattar sig själv utifrån, som sedd genom andras ögon istället för att se sig själv inifrån och från sitt eget perspektiv. Detta medför en ökad självfokusering, och uppmärksamhet på fysiska sensationer, känslor, tankar och minnen, ofta på ett dysfunktionellt sätt. Detta medför i sin tur minskad uppmärksamhet på omgivningen och exempelvis på andras svar. Motstridig information tas inte in och övertygelser blir oförändrade. En person

med SAD är upptagen av sina inre tankar vilket ofta leder till rumination (personen går igenom om och om igen vad som sades till någon annan) och har fokus på självreferent information. Clark och Wells drar slutsatsen att negativ "self-image" är en viktig orsak till vidmakthållandet av störningen (1995).

Informationsbearbetning vid social ångeststörning

Det finns flera olika teorier om informationsbearbetningsprocesser kring social ångeststörning. Olika teoretiska modeller har försökt visa samband mellan social ångest och feltolkningar (tolkningsbias) i informationsbearbetningsprocessen. Man har här uppmärksammat processer som selektiv uppmärksamhet, kodning och inhämtning av emotionell information (e.g., Beck et al., 1985; Clark & Wells, 1995; Muris & Field, 2008).

En person med SAD har uppmärksamhetsbias och kan på ett systematiskt sätt uppmärksamma och selektera alternativt undvika stimulus av en viss typ. Social information är ofta tvetydig och en person med SAD kan exempelvis tolka en normal social situation på ett hotfullt sätt, som att tolka ett skevt leende som hånfullt istället för vänligt. Som nämnts ovan menar Clark och Wells (1995) att personen har en störd negativ självbild, "self-image", och har intagit ett observerandeperspektiv.

Barn med social ångest har också en tendens att tolka dubbeltydig information på ett hotfullt sätt och studier har visat hur barns "tolkningsförmåga" kan förändras genom träning och utbildning. Vassilopoulos, Banerjee och Prantzalou (2009) prövade att modifiera ångestrelaterade tolkningar hos barn med social ångest. Oroliga barn tränades i att använda positiva tolkningar istället för negativa inför potentiellt hotande sociala situationer. Träningen resulterade i att barnen blev mindre benägna att använda negativa tolkningar i framtida dubbeltydiga sociala situationer än barn som inte fick denna träning. Vassilopoulos m fl. genomförde senare en studie på barn för att jämföra effekten av instruktioner med mentala bilder respektive verbala instruktioner på hur barn tolkar och dömer information. De som fick verbala instruktioner uppvisade färre negativa emotionella konsekvenser och negativ tolkning av tvetydiga händelser efter träning, än gruppen av barn som fick instruktioner med mentala bilder (Vassilopoulos, Blackwell, Moberly, & Karahaliou, 2012).

Imagery

Imagery har definierats som en mental representation som inte är knuten till en aktuell perception utan till minnen, eller fantasin (Harper Collins, 1995). Vi kommer i vår studie att använda det svenska ordet mental bild likställt med imagery. Många studier har visat att negativa mentala bilder är en vanligt förekommande kognitiv företeelse i de flesta psykiska störningar. Mentala bilder kan framkalla olika känslotillstånd med känslor som om händelsen är verklig och inte bara framkallad i minnet. Man tänker att mentala bilder kan vara allt ifrån dagdrömmar till minnen av verkliga händelser eller föreställningar om framtiden. I Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy (Hackman, Bennett-Levy, & Holmes, 2011) beskriver författarna att i de flesta psykiska störningar finns mentala bilder som upplevs som återkommande, levande, och plågsamma.

Mentala bilder kan upplevas som både positiva eller negativa. Deprimerade människor upplever oftare negativa mentala bilder och patienter med mani kan uppleva positiva mentala föreställningar, till exempel se sig själv som en författare som får en utmärkelse (Holmes, Geddes, Colom, & Goodwin, 2008b). Innehållet i mentala bilder är ofta diagnosspecifik (Hackman & Holmes, 2004). Det finns beskrivet i flera olika diagnoser som tex OCD, där invaderande mentala bilder förknippas med mer ritualer, stress, och undvikande än verbala tankar. Hos spindelfobiker har man sett hur dessa patienter lättare frammanar obehagliga mentala bilder än i kontrollgrupp. Däremot blir det ingen skillnad vid bilder på fjärilar enligt studie av Pratt, Cooper och Hackmann (2004). Det har länge varit känt att vid PTSD förekommer mentala bilder i form av flashbacks och dessa kan framkalla mycket starka känslor. Just denna typ av bilder kan påverka uppkomst och vidmakthållande av sjukdomar som social fobi och PTSD (Hackman et al., 2011). Även en ökad stressnivå kan påverka mängden av obehagliga mentala bilder hos vem som helst. Här har man studerat föräldrar till barn som ska opereras vid mättillfälle före och efter operation (Parkinson & Rachman, 1981).

Hos vuxna har mentala bilder starkare påverkan på emotionell respons än verbala processer har på samma material såväl positiva som negativa stimuli (Hackman et al., 2011). I en översiktsartikel av Holmes och Mathews (2010) beskrivs hur mentala bilder kan framkalla känslor på olika vis. Mentala bilder har en direkt påverkan på emotionella system i hjärnan som är lyhörda för vad som uppfattas av våra sinnen. De delar av hjärnan som aktiveras av en minnesbild överlappar delar som hanterar den perceptionella processen vilket kan leda till en

respons både med känslor och med aktuellt beteende, som om det inträffat en verklig känslösam händelse. De mentala bilderna verkar också ha en förbindelse med minnen av känslomässiga händelser i livet. Enligt Holmes och Mathews (2010) finns empirisk evidens för att mentala bilder väcker större emotionell respons än verbala representationer av samma information. Dessa forskningsrön kan ha betydelse för hur behandlingsinterventioner utformas. På senare tid har med positivt resultat använts olika tekniker som imagery rescripting vid behandling för SAD, PTSD och ormfobi (t.ex. Arntz & Weertman, 1999; Hackmann & Holmes, 2004 ; Holmes, Arntz, & Smucker, 2007; Hunt & Fenton, 2007; Nilsson et al., 2012; Smucker & Neiderdee, 1995; Wild et al., 2008).

Imagery rescripting

Imagery har på senare tid fått stort genomslag inom modern KBT. Interventionerna i imagery rescripting (förkortas IR) bygger på antagandet att bildminnen har stor effekt på emotioner och att arbeta med dessa bilder kan vara ett kraftfullt psykoterapeutiskt verktyg (Holmes et al., 2007). Aron Beck påtalade tidigt att hög affektnivå kan vara kopplat till såväl visuella kognitioner som verbala kognitioner och genom att ändra dessa ångestladdade visuella kognitioner kan det ge förbättring både emotionellt och kognitivt. (Beck et al., 1985).

Det beskrivs vidare att IR består av olika terapeutiska processer som ska förändra obehagliga minnen (Stopa, 2009).

IR utvecklades från början i behandling av vuxna som varit med om sexuella övergrepp i barndomen av Smucker och Niederee (1995), och IR tekniker har även använts i KBT behandlingsprogram för borderline personlighetsstörning (Giesen-Bloo et al., 2006)

Den vanligaste modellen för IR är utarbetad av Arntz och Weertman (1999) och genomförs i tre faser: ”1. återupplevande (reliving), 2. bemästrande (mastering), och 3. compassionfasen. I den första ska patienten blunda och minnas ursprungshändelsen i barndomen och försöka återkalla denna så verklig som möjligt, och föreställa sig att det händer just nu. I den andra fasen ska patienten försöka uppleva samma scenario, men då istället med sitt vuxna perspektiv, och observera vad som händer med sitt unga jag. I den sista och tredje fasen ska patienten igen återuppleva situationen, men denna gång föreställa sig själv träda in i rollen

som vuxen för att avbryta de övergrepp som sker med barnet och själv ge barnet tröst och bekräftelse (Arntz & Weertman, 1999).

Ett annat sätt är att en redan existerande negativ mental bild omvandlas till en mer godartad bild (dvs negativ bild till positiv bild rescripting). Ytterligare sätt är att en ny positiv bild konstrueras som ska fånga de positiva betydelser som behövs för att motverka psykologiska bekymmer för en patient.

Imagery rescripting vid social fobi

Olika kognitiva modeller av SAD har tydligt slagit fast att negativa bilder av självet är centralt för vidmakthållande av störningen (Hirsch, Clark, Mathews, & Williams, 2003; Hirsch, Meynen, & Clark, 2004). Exempel på negativ "self-image" är att det uppkommer katastrofbilder i socialt hotande situationer. Forskning antyder att det finns ett samband mellan negativ "self-image" med tidigare minnen av socialt traumatiska händelser (Hackmann, Clark & McManus 2000). Dessa minnesbilder kan vara väldigt levande och upplevas som mycket obehagliga. I intervjuer med personer med social fobi har man funnit att det ofta finns en negativ bild som är relativt stabil och verkar ha ursprung i minnen från barndomsupplevelser när man var kritiserad, mobbad eller förödmjukad (Hackmann, Surawy & Clark 1998; Hackmann et al., 2000). När bildminnen aktiveras kan det från dessa upplevelser påverka patienten till den grad att det känns lika verkligt som det gjorde i ursprungshändelsen. Detta påverkar patientens självbild, då patienten uppfattar sig som dålig. Sammanfattningsvis kan sägas att återkommande mentala bilder tros vara kopplade till tidiga minnen av händelser. Hos personer med SAD kan mentala bilder vara förknippade med minnen från händelser där man blivit kritiserad, avvisad, förödmjukad eller mobbad (Hackmann et al., 2000).

Tanken på IR vid SAD är att man genom visualisering av tidiga "traumatiska" bildminnen kan förändra de aktuella självbilderna i positiv riktning. "Detta antas ske via en kognitiv omstrukturering av minnesbilderna fast i fantasin (Holmes & Mathews, 2010).

Den första studien som använde IR vid tidiga traumarelaterade minnen hos patienter med SAD gjordes 2008 av Wild et al., som följdes upp med en experimentell studie av Nilsson et al., 2012. När man använde IR hos dessa patienter minskade ångesten som förknippades med minnesbilder och den aktuella mentala bilden. Man kunde även se effekter på minskad social

ångest, minskad rädsla för negativ värdering av andra och även resultat på bildlivlighet och frekvens.

Syfte

Forskning har visat att hos vuxna väcker instruktioner med mentala bilder större emotionell respons än verbala representationer av samma information. När man undersökt samma sak hos barn medförde verbala instruktioner större minskning av negativa emotionella konsekvenser och negativ tolkning av tvetydiga händelser före och efter träning, än gruppen av barn som fick instruktioner med mentala bilder (Vassilopoulos et al., 2012). Aktuell undersökning har till syfte att i en grupp ungdomar mellan 13-17 år med diagnos social ångeststörning studera effekterna av en, via visualisering (imagery rescripting), genomförd modifiering av tidiga negativa barndomsminnen.

Hypoteser

Behandling med imagery rescripting på ungdomar som har diagnosen SAD kommer att

1. Minska graden av ångest kopplat till

a) tidiga bildminnen.

b) aktuella katastrofbilder.

2. Minska

a) frekvens för hur ofta aktuella katastrofbilder uppkommer.

b) grad av livlighet i upplevelsen av aktuella katastrofbilder.

3. Medföra en minskning avseende symtom av SAD, i form av reducering av ångest och rädsla i sociala situationer och även reducera graden av rädsla för att bli negativt värderad av andra.

4. Medföra att deltagarna beskriver en mer positiv syn på sig själv, med utgångspunkt i sina inre minnesbilder.

Metod

Undersökningsdeltagare

Kontakt togs med gymnasieskolan samt tre högstadieskolor i Ystad kommun för hjälp med rekrytering av deltagare till studien. Deltagare till studien har även rekryterats från BUP-mottagningen i Ystad. 11 gymnasieklasser informerades om undersökningen och förutsättningar för deltagande innan de screenades med LSAS-CA. Eleverna ombads att skriva sitt mobiltelefonnummer på screeningformuläret om de önskade delta i studien. De elever som fick poäng över cut-off (55poäng) på LSAS-CA blev uppringda. Därefter gjordes en intervju kring ungdomens svårigheter med frågor utifrån diagnoskriterier för SAD i DSM-IV. Samtliga deltagare i studien uppfyllde kriterierna för SAD enligt DSM-IV. Alla deltagarna fick skriftlig information om studien och fick även skriva på att de läst och samtyckt till sitt deltagande. De deltagare som var under 15 år var tvungna att få även sina föräldrar till att samtycka till deltagande i studien. 18 ungdomar i åldern 14-17 år kom att delta i studien. Kön fördelningen var 4 pojkar och 14 flickor. Ursprungligen randomiserades 22 ungdomar parvis till studien. Fyra personer valde att hoppa av.

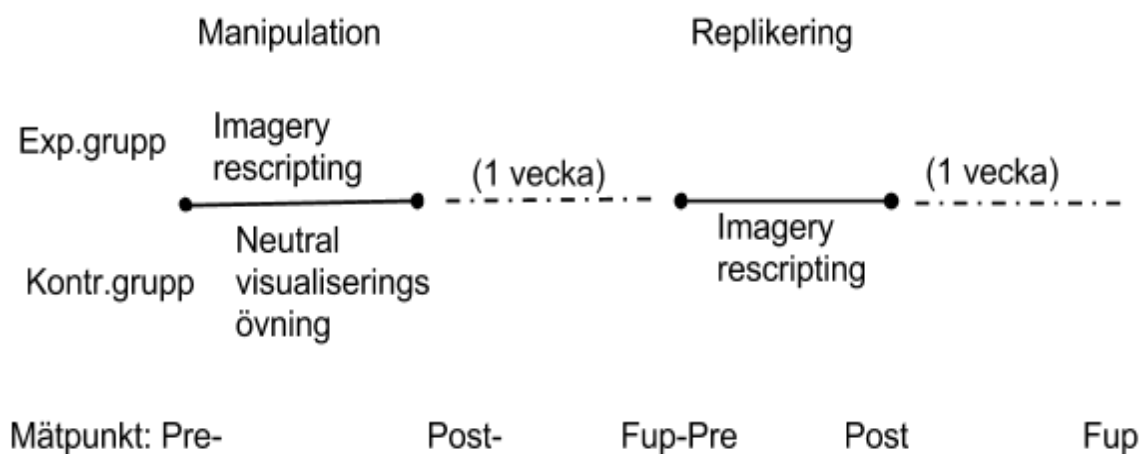
Bortfall

Tre av deltagarna som valde att avbryta sin medverkan i studien fyllde dock i självskattningsformulären vid ett tillfälle före avhoppet. Dessa tre personers resultat på BDI-2, BFNE-II och LSAS-CA undersöktes närmare, för att vi ville se huruvida något värde avvek så mycket från deltagargruppens, att konsekvensen av deras bortfall skulle påverka slutresultaten i någon betydande riktning. Vi såg att ingen av dessa tre personers totalresultat på nämnda skattningsformulär låg utanför +/- två standardavvikelser från deltagargruppens medelvärden. Utifrån detta har vi bedömt att bortfallet inte har haft någon betydande inverkan på studiens resultat.

Design och procedur

Studien genomfördes i två delar där den första var utformad som en experimentell jämförelse mellan en behandlad experimentgrupp och en obehandlad kontrollgrupp. Kontrollgruppen fick i uppgift att vid första tillfället visualisera en neutral bild, en sommardag. Den andra delstudien var en replikationsstudie, i vilken kontrollgruppen erhöll samma behandling som

experimentgruppen. Fördelningen av patienterna till respektive grupp skedde med parvis randomisering. För experimentgruppen har gjorts tre mätningar (se figur 1 och bilaga 1); före (Pre-) och efter (Post-) behandlingen samt en tredje mätning vid en uppföljning en vecka senare (Fup). Data från kontrollgruppen inhämtades vid fem mättillfällen; före och efter själva kontrollsituationen. Vid uppföljningen sju dagar senare gjordes mätningar i början och slutet av besöket som innefattade behandlingsmomentet. En sista mätning gjordes i en uppföljning ytterligare sju dagar senare.



Figur 1. Studiens design. Studien är en randomiserad kontrollerad studie med en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Dessutom genomgår även kontrollgruppen interventionen imagery rescripting, i en replikationsstudie.

Etik

Denna uppsats är en del i ett större forskningsprojekt om imagery rescripting. Regionala etikprövningsnämnden vid Lunds universitet har sedan tidigare prövat och godkänt studien. Deltagarna i studien för denna uppsats är ungdomar, vilket har gjort att vi har tagit stor hänsyn till etiska frågor inför studien och som har uppkommit under processens gång. Alla studiedeltagare har informerats muntligt och skriftligt om upplägget och syftet med studien och rätten att när som helst kunna avbryta sitt deltagande i studien, utan någon som helst konsekvens (informerat samtycke). För deltagare under 15 år har även skriftligt godkännande inhämtats från vårdnadshavare. Deltagarna informerades även om att det gavs möjlighet till behandling även om man valde att avbryta sin medverkan i studien. Deltagarna informerades också om att alla uppgifter skulle behandlas konfidentiellt. Allt insamlat material har hanterats av identifierat och kodats med nummer. Materialet har förvarats i ett låst skåp på

mottagningen. Om en deltagare har bedömts vara i behov av fortsatt behandling, har deltagaren erbjudits detta. Samtliga deltagare, såväl i experimentgrupp som i kontrollgrupp, har erhållit behandling (IR). Kontrollgruppen fick behandlingen en vecka senare.

Instrument

Liebowitz social anxiety scale för barn och ungdomar (LSAS-CA)

LSAS-CA är ett självskattningsformulär för barn och ungdomar mellan 10 och 17 år, som utgår från LSAS (Liebowitz, 1987). LSAS är ett populärt instrument för skattning av social ångest hos vuxna. Jämfört med LSAS har vissa modifikationer gjorts för att LSAS-CA skall fungera för barn och ungdomar (Masia, Klein, & Liebowitz, 1999). LSAS-CA är uppbyggt av 24 frågor om rädsla och undvikande i olika sociala situationer. 12 frågor handlar om situationer med social interaktion, och 12 frågor handlar om situationer innehållande prestation. Svaren ges på en skala från 0 till 3. På varje fråga avges svar avseende både rädsla/ångest och undvikande. Masia-Warner et al., 2003 fann en hög intern konsistens med Chronbach's Alpha = .95 på helskalan för en grupp med social ångeststörning. Man fann vidare att instrumentet generellt visade en hög reliabilitet och validitet.

Social phobia screening questionnaire (SPSQ)

SPSQ är ett självskattningsinstrument för diagnosticering av social fobi och fobisk personlighetsstörning enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Formuläret, som är utarbetat vid Institutionen för Psykologi i Uppsala, mäter graden av obehag i totalt 14 sociala prestations- eller interaktionssituationer (Gren-Landell et al., 2009). Formuläret har administrerats till deltagarna i föreliggande studie som en del av bedömningen vid diagnossättning, men har ej använts i studien.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Självskattningsformulär för symtomskattning av depression. BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) är ett självskattningsformulär med 21 frågor som skattas på en skala 0-3. Formuläret avser mäta grad av depressivitet hos såväl patienter inom psykiatrin som i normala populationer, i åldrarna 13 till 80 år.

Brief fear of negative evaluation scale, version 2 (BFNE-II)

Ursprungsversionen FNE beskrevs i en artikel av Watson och Friend redan 1969. Denna version innehöll 30 items. Kortversionen BFNE utvecklades av Leary (1983) och bestod av 12 items. BFNE-II med 8 items utvecklades av Carleton, McCreary, Norton, och Asmundson, 2006. Svaren ges på en femgradig skala. Skalan har hög intern konsistens, Chronbach's Alpha = .95. Skalan avser att mäta en persons rädsla för att bedömas negativt eller fientligt av andra (Leary, 1983).

Skattningar i studien

Deltagarna får vid olika tillfällen i undersökningen frammana och redogöra för en aktuell inre katastrofbild från en social situation. På samma sätt får deltagarna även frammana och redogöra för en tidig minnesbild med liknande emotionellt innehåll (se bilaga 3, intervju efter Hackman et al, 2000). Deltagarna får skatta hur mycket oro/ångest som respektive bild väcker på en skala 0 (ingen alls) till 100 (extremt mycket/outhärdligt). För den tidiga minnesbilden används en skattning som i studien benämns MÅ. Motsvarande skala för den aktuella katastrofbilden benämns IÅ. För den aktuella katastrofbilden får deltagarna göra ytterligare två skattningar. IV står för graden av hur livlig/verklig den aktuella bilden upplevs, från 0 (inte alls livlig/verklig) till 100 (extremt livlig/verklig). Benämningen IF står för frekvensen av hur ofta den aktuella katastrofbilden förekommit, från 0 (inte någon gång) till 100 (hela tiden/ständigt). Slutligen har i studien även använts begreppet MOI (meaning of image), där deltagarna med några ord eller meningar ombads beskriva innebörden av sin aktuella inre bild och den tidiga minnesbilden.

Resultat

Avsikten med studien var att studera effekterna av en, via IR, genomförd modifiering av tidiga negativa barndomsminnen hos en grupp ungdomar mellan 13-17 år med diagnos SAD. Totalt medverkade 22 deltagare. Deltagarna lottades in i experimentgrupp eller kontrollgrupp. Fyra deltagare valde att avbryta sin medverkan i ett tidigt skede. Tre av dessa tillhörde kontrollgruppen och en tillhörde experimentgruppen. Därav den ojämna fördelningen mellan experimentgrupp (10 deltagare) och kontrollgrupp (8 deltagare). Av tabell 1 framgår att grupperna är att betrakta som likvärdiga, med avseende på ålder och totalresultat vid den initiala mätningen på skattningsformulären LSAS-CA, BFNE-II och BDI-II.

Tabell 1. Medelvärde (*M*) och standardavvikelse (*SD*) för experimentgrupp och kontrollgrupp avseende ålder och totalsumma på självskattningsformulären LSAS-CA, BFNE-II och BDI-II.

Mått	n=10		n=8		analys	
	experimentgrupp		kontrollgrupp			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (16)	<i>p</i>
ÅLDER	15.7	1.1	15.5	1.2	$t = 0.376$	$p = .522$
LSAS-CA	88.2	22.2	81.4	22.6	$t = 0.643$	$p = .735$
BFNE-II	21.6	9.9	21.0	5.6	$t = 0.153$	$p = .881$
BDI-II	18.9	10.9	18.6	11.5	$t = 0.052$	$p = .959$

LSAS-CA=Liebowitz social anxiety scale – children and adolescents; BFNE-II=Fear of negative evaluation, second edition; BDI=Beck depression inventory, second edition.

Tabell 2 visar skillnader mellan mätning 1 och mätning 3 för experimentgrupp respektive kontrollgrupp avseende skattningsformulären LSAS-CA och BFNE-II samt frekvens för aktuell minnesbild. Deltagarnas skattning avseende upplevd ångest som väcks av minnesbild (MÅ) respektive aktuell bild (IÅ), samt grad av livlighet för den aktuella inre bilden (IV) anges också i tabellen. För dessa anges även data för mätning 2, för att även kunna undersöka huvudeffekter för respektive mått, och eventuella interaktionseffekter mellan experiment- och kontrollgrupp.

Tabell 2. Medelvärde (*M*) och standardavvikelse (*SD*) vid mättillfälle 1 och 3 för kontrollgrupp respektive experimentgrupp. Mätningar gäller LSAS-CA, BFNE-II, MÅ, IÅ, IV och IF. För MÅ, IÅ, IV och IF redovisas även resultat vid mätning 2.

Mått	experimentgrupp n=10						kontrollgrupp n=8					
	mättillfälle 1		mättillfälle 2		mättillfälle 3		mättillfälle 1		mättillfälle 2		mättillfälle 3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
LSAS-CA	88.2	22.2			87.9	25.3	81.3	22.6			75.9	25.3
BFNE-II	21.6	9.9			21.8	8.1	21.0	5.6			18.8	5.9
MÅ	55.0	37.8	54.5	33.8	39.0	30.1	56.5	36.1	19.4	31.9	35.0	38.9
IÅ	46.0	33.6	44.5	26.8	29.0	29.1	54.0	26.7	25.5	35.0	34.3	30.2
IV	55.5	18.6	45.5	30.3	35.5	16.1	62.3	17.9	46.2	32.9	48.1	26.7
IF	40.5	33.0			13.5	26.4	22.5	23.6			16.9	28.1

LSAS-CA=Liebowitz social anxiety scale – children and adolescents; BFNE-II=Fear of negative evaluation; MÅ=grad av ångest (0-100) som väcks av minnesbilden IÅ=grad av ångest (0-100) som väcks av den aktuella inre bilden IV=skattning (0-100) av hur levande den inre aktuella bilden upplevs IF=skattad frekvens (0-100) av hur ofta man har tänkt på den aktuella inre bilden den senaste veckan.

Hypotes 1a undersöktes med hjälp av deltagarnas skattning av ångest kopplat till tidiga bildminnen (MÅ). Manova (repeated measures Anova) analyser utfördes 2(experimentgrupp;kontrollgrupp) x 3(mättillfällen 1;2;3) som visade en signifikant interaktionseffekteffekt med avseende på grupp och mättillfällen (MÅ), $F(2,16) = 7,728$, $p=.002$. Paired samples test visar att denna signifikans härrör sig från för kontrollgruppens

signifikanta reduktion av MÅ från mättillfälle 1 till 2 $t(7) = 3,409, p = .011$ (tabell 2). Denna effekt återgick dock mellan mättillfälle 2 och 3 $t(7) = -2,453, p = .044$. Interaktionseffekten beror också på att experimentgruppen uppvisade en signifikant minskning från mättillfälle 2 till 3 $t(9) = 3,354, p = .008$. Således bekräftades förväntad effekt avseende hypotes 1a. Detta resultat bekräftades dessutom i replikationen (tabell 3, figur 2) med kontrollgruppen. MÅ minskade signifikant $t(7) = 2,512, p = .040$ från mätningen före och en vecka efter IR.

Hypotes 1b undersöktes med deltagarnas skattning av ångest kopplad till aktuella katastrofbilder, IÅ. Efter analys med Manova såg man ingen signifikant interaktionseffekt avseende grupp och mättillfällen 2(experimentgrupp;kontrollgrupp) x 3(mättillfällen1;2;3), $F(2,16) = 1,774, p = .186$. Dock fanns en signifikant minskning av IÅ hos experimentgruppen mellan mätning 2 och 3 $t(9) = 2,532, p = .032$ (tabell 2). Detta upprepades inte i replikationsstudien på kontrollgruppen (tabell 3, figur 3), även om det fanns en tydlig tendens till minskning mellan mätningarna före och en vecka efter IM, $t(7) = 2,283, p = .56$. Hypotes 1b bekräftades således inte.

Hypotes 2a. Tittar man på skattningarna av livlighet i upplevandet av aktuella katastrofbilder, IV, ser man vid analys med Manova ingen signifikant interaktionseffekt mellan grupperna 2(experimentgrupp;kontrollgrupp)x3(mättillfällen 1;2;3), $F(2,16) = 0,473, p = .502$ (tabell 2). Hypotes 2a bekräftades inte. Replikationsstudien på kontrollgruppen resulterade dock i en signifikant minskning $t(7) = 3,473, p = .010$ av IV en vecka efter utförd IR (tabell 3, figur 4).

Hypotes 2b gällde frekvens för aktuella katastrofbilder. Här ser man inte heller någon signifikant interaktionseffekt mellan grupperna 2(experimentgrupp; kontrollgrupp) x 3(mättillfällen1;2). $F(2,16) = 0,359, p = .558$. Dock ser man en tydligt signifikant nedgång i frekvens för experimentgruppen, $t(9)=3,027, p=.014$ (tabell 2). Detta upprepas dock inte i replikationsstudien på kontrollgruppen (tabell 3, figur 5).

Hypotes 3. Inga signifikanta interaktionseffekter uppmättes mellan de båda grupperna för mätning 1 och 3 vad gäller skattningsformulären LSAS-CA och BFNE-II (tabell 2). Hypotes 3 fann således inget stöd i studien. Resultatet upprepades i replikationsstudien på kontrollgruppen (tabell 3).

Hypotes 4. Tre av de 18 deltagarna rapporterade en mer positiv MOI efter IR jämfört med före (bilaga 2). Övriga 15 deltagare hade snarlika MOI före och efter IR. Hypotesen bedöms utifrån dessa resultat som icke uppfylld.

Tabell 3. Medelvärde och standardavvikelse för kontrollgruppen gällande mättillfälle 3, 4 och 5, alltså strax före och efter intervention, samt en vecka senare.

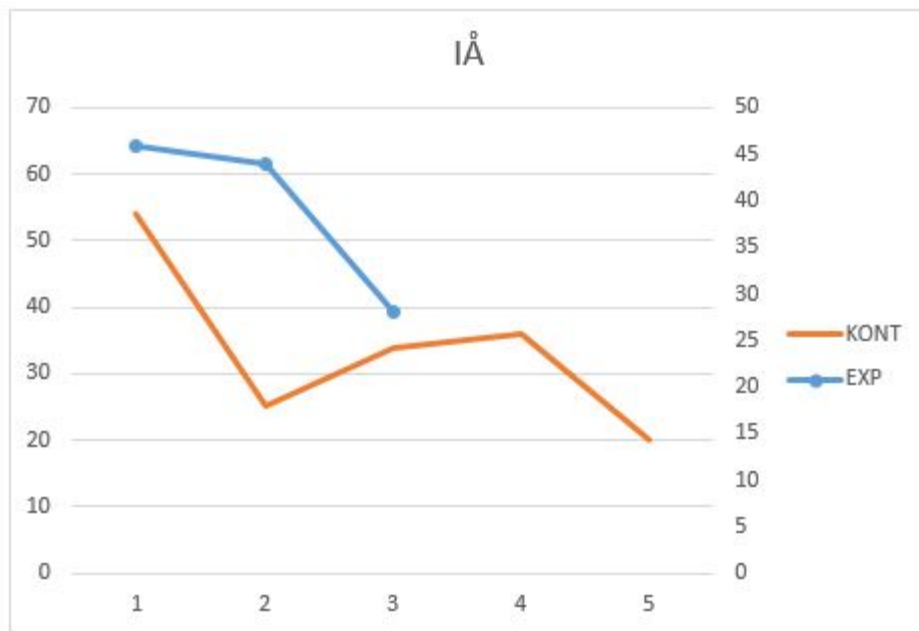
Mått	kontrollgrupp (n=8)				paired samples t-test, one-tailed					
	mättillfälle 3		mättillfälle 4		t-poäng	sign	mättillfälle 5		t-poäng	sign
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (7)	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (7)	<i>p</i>
LSAS-CA	75.9	25.3	-	-	-	-	70.5	28.4	0.7	.102
BFNE-II	18.8	5.9	-	-	-	-	17.4	8.5	0.35	.245
MÅ	35.0	38.9	41.9	32.1	-0.577	.582	17.5	23.8	2.512	.040*
IÅ	34.3	30.2	37.5	34.5	-0.615	.558	19.6	24.0	2.283	.056
IV	48.1	26.7	50.0	31.1	-0.185	.858	25.9	22.3	3.473	.010*
IF	16.9	28.1					0.8	1.8	0.8	.074

LSAS-CA=Liebowitz social anxiety scale – children and adolescents; BFNE-II=Fear of negative evaluation; MÅ=grad av ångest (0-100) som väcks av minnesbilden IÅ=grad av ångest (0-100) som väcks av den aktuella inre bilden IV=skattning (0-100) av hur levande den inre aktuella bilden upplevs IF=skattad frekvens (0-100) av hur ofta man har tänkt på den aktuella inre bilden den senaste veckan.

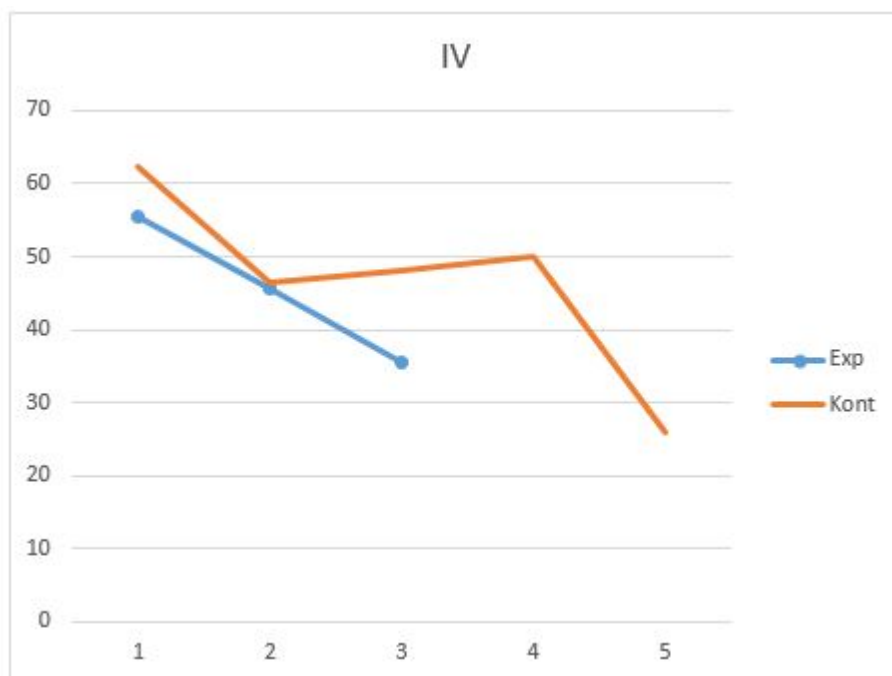
För att förmedla en tydligare överblick visas i figur 2,3,4 och 5 hur MÅ, IÅ, IV och IF har förändrats genom samtliga mätningar för både experimentgrupp och kontrollgrupp.



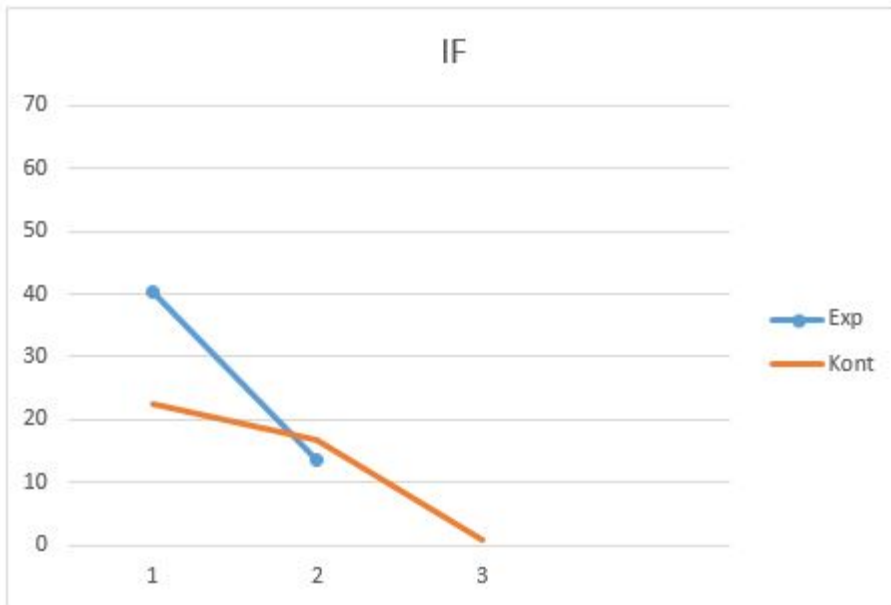
Figur 2. Medelvärdesförändringar för kontrollgrupp och experimentgrupp avseende självskattad ångest knuten till tidiga minnesbilder, MÅ. Tre mättillfällen för experimentgrupp och fem mättillfällen för kontrollgrupp.



Figur 3. Medelvärdesförändringar för kontrollgrupp och experimentgrupp avseende självskattad ångest knuten till aktuell bild, IÅ. Tre mättillfällen för experimentgrupp och fem mättillfällen för kontrollgrupp.



Figur 4. Medelvärdesförändringar för kontrollgrupp och experimentgrupp avseende hur levande den aktuella bilden, IV, upplevs. Tre mättillfällen för experimentgrupp och fem mättillfällen för kontrollgrupp.



Figur 5. Medelvärdesförändringar för kontrollgrupp och experimentgrupp avseende på frekvens, IF, för den aktuella bilden. Två mättillfällen för experimentgrupp och tre mättillfällen för kontrollgrupp.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka effekter av visualisering hos ungdomar i åldern 13-17 år med SAD. Målet med studien var att undersöka huruvida IR minskar deltagarnas grad av ångest som är kopplad till tidiga minnesbilder, och till aktuella katastrofbilder i samband med sociala situationer. Vidare undersöktes även huruvida livlighet och frekvens för de aktuella katastrofbilderna minskade som konsekvens av behandling med IR. Studien avsåg även att undersöka om deltagarnas symtom av SAD, i form av ångest och rädsla i sociala situationer, prestationssituationer, eller rädsla för att bli negativt värderad av andra, minskade.

Hypotesen infriades beträffande ångest kopplad till tidiga minnesbilder, där det fanns en signifikant interaktionseffekt mellan grupp och mättillfälle. Man såg en signifikant reduktion av ångest hos experimentgruppen. Medelvärde minskade i viss mån redan omedelbart efter interventionen, men blev signifikant först vid mätningen sju dagar efter. Detta stämmer överens med tidigare forskning på imagery rescripting av tidiga minnen vid social ångeststörning (Nilsson et al., 2012; Wild et al., 2008.) där man bland annat sett en reduktion av ångest kopplad till tidiga minnesbilder.

För kontrollgruppen skedde också en signifikant minskning, redan omedelbart efter den visualiseringsövning som gjordes istället för IR. Denna förändring visade sig emellertid ha återgått vid mätningen sju dagar senare, då med en signifikant ökning. Ingen av de övriga hypoteserna bekräftades eftersom inga signifikanta interaktionseffekter fanns mellan experimentgrupp och kontrollgrupp. Något som dock framstår som tydligt är att processerna för IÅ och IV följer ett likartat mönster.

Experimentgruppens medelvärde tycks minska något omedelbart efter IR, och fortsätter i motsats till kontrollgruppen minska ännu mer tills mätningen sju dagar senare. Man ställer sig frågan vad det är som gör att IR fungerar, och varför inverkan av IR tycks fortsätta på sikt, dvs vad händer exempelvis under veckan mellan IR och uppföljning? Wild et al., (2008) föreslår några olika tänkbara mekanismer för den omedelbara effekten av IR. Metoden innebär att traumatiska minnesbilder frammanas och återupplevs på ett konkret sätt, och ny information läggs till det ursprungliga minnet. Holmes och Mathews (2010) tar upp att det kan

finnas en neurologisk överlappning mellan mentalt frammanat material och direkta perceptuella processer, vilket kan vara en orsak till den direkta och starka påverkan på känslor som man har sett som en effekt av IR. Wild et al., (2008) pekar även på att det i IR finns en komponent av medkänsla och omhändertagande av den utsatte. Dessa komponenter tillsammans kan antas bidra till att minnesbilden omvärderas av personen som genomgår behandlingen (Wild et al., 2008). Med utgångspunkt i att MÅ dessutom fortsätter att minska under veckan fram till uppföljningen, föreslår Nilsson et al., (2011) möjligheten att IR initierar en process av spontant frammanande och omvärderande (bearbetande) av minnesbilden, på samma sätt som under behandlingsmomentet. Denna process kan antas fortsätta fram tills uppföljningen en vecka senare. Denna förmodade process står i tydlig kontrast mot utvecklingen av MÅ för kontrollgruppen under samma tidsperiod, där ångest kopplat till minnesbilden ökar, vilket tyder på att en sådan spontan omvärdering av minnesbilden knappast tycks förekomma hos kontrollgruppen. Utifrån denna tänkbara förklaring skulle det vara intressant att följa upp utvecklingen av MÅ ännu lite längre, för att se om MÅ minskar ytterligare över tid, och som en konsekvens av detta kanske även IÅ, IR och IV.

Det finns även anledning att reflektera över det faktum att kontrollgruppens uppgift, att visualisera en sommardag, har haft en positiv effekt på deltagarna i kontrollgruppen. Uppgiften var tänkt att fungera som en helt neutral uppgift, men så tycks inte ha varit fallet. En möjlig orsak kan vara att uppgiften kan ha haft en positiv eller lugnande effekt på deltagarna. Dock har effekten varit tillfällig och snabbt övergående, i motsats till IR, som verkar ha en ökande och mer bestående effekt, dock ej omedelbar.

Vid framtida studier bör man säkerställa att kontrollgruppens uppgift verkligen är helt emotionellt neutral. Kanske kan man be kontrollgruppen att visualisera ett objekt eller dylikt. En verbal referens (Jan-Erik Nilsson, personlig kommunikation, mars 2015) har beskrivit ett terapifall med en äldre kvinna som plågats av återkommande minnesbilder varje dag sedan barndomen. Hon hade provat andra terapiformer utan resultat, innan hon fick behandling med IR. Hon beskrev att minnesbilderna fortsatte ett tag efter att hon behandlats med metoden, men att de försvann tre dagar senare, för att sedan inte återkomma.

Det noteras ingen signifikant effekt av IR kopplat till aktuella bilder, livfullhet, frekvens och MOI i vår undersökning. Vassilopoulos har i en behandlingsstudie (2012) som bl.a. handlar om hur barn tolkar av tvetydiga situationer, sett att barn svarar bättre på interventioner med rena verbala instruktioner, än på interventioner baserade på mentala bilder. Detta kanske har sin förklaring i att en del barn och ungdomar har svårt att hantera mentala bilder. Man kan utifrån detta antagande också tänka sig att parametrar som ålder och kognitiv nivå spelar roll för hur barn och ungdomar hanterar mentala bilder.

Som tidigare nämnts har man i studier på vuxna sett att mentala bilder har starkare påverkan på emotionell respons än vad verbala processer har på samma material (Hackman et al., 2011). Vad gäller gäller barn, såg dock Vassilopoulos motsatsen i en studie (2012), dvs att barn har svårare att tillägna sig behandlingsinterventioner baserade på mentala bilder. Man kan anta att det senare resultatet stämmer överens med resultatet i vår studie.

Metodologiska överväganden

Kontrollgruppen fick i uppgift att visualisera en sommardag, vilket var tänkt som en neutral uppgift. I vår undersökning tycks uppgiften ha haft en positiv effekt på deltagarna i kontrollgruppen. En möjlig orsak till detta kan vara att uppgiften har haft en positiv eller lugnande effekt på deltagarna. Dock har effekten varit tillfällig och snabbt övergående, i motsats till IR, som verkar ha haft en ökande och mer bestående effekt, dock ej omedelbar. Vid framtida studier bör man säkerställa att kontrollgruppens uppgift verkligen är helt emotionellt neutral. Kanske kan man be kontrollgruppen att visualisera ett objekt, exempelvis en stol.

Det upplevdes att en del av ungdomarna tyckte att det var svårt eller pinsamt att fullt ut försätta sig i en imagery-situation, och därmed också att hitta och arbeta med sina inre bilder. Kanske det överlag är något svårare för ungdomar än för vuxna att ta till sig att arbeta med IR. Man skulle kanske kunna tänka sig att ungdomar behöver lite längre tid än vuxna för att fullt ut förstå och känna sig bekväma med arbetssättet. Med utgångspunkt i denna hypotes skulle det vara intressant att utvidga studien med ytterligare något eller några behandlingstillfällen för samtliga, och därmed ge deltagarna en bättre möjlighet att träna på och vänja sig vid arbetssättet.

På skattningarna MÅ, IÅ, IV och IF skulle deltagarna skatta var de upplevde att de befann sig på en skala från noll till hundra, där noll var minimum och hundra motsvarade maximalt utfall. Författarna till denna studie har upplevt att vissa av ungdomarna hade svårigheter att "hantera" denna skala på ett nyanserat sätt, exempelvis genom att ofta avge extrema svar åt ena eller andra hållet. En lösning på detta skulle kunna vara att man lät deltagarna träna på att skatta något annat först, och att man kanske kunde ha delat upp skalan och benämnt ytterligare några punkter, förutom noll (ingenting) och hundra (extremt mycket).

Det hade varit intressant att göra eftermätning en månad senare då det i studien har visat sig att effekten av IR är fördröjd och att det finns klinisk erfarenhet (Jan-Erik Nilsson, personlig kommunikation, mars 2015) som vittnar om fördröjd effekt och att denna effekt kvarstår.

Studiens styrkor och begränsningar

En styrka i studien är att proceduren har varit lätt att följa och det borde vara lätt att göra en replikationsstudie. Även studiens design kan ses som en styrka, i det att både experimentgrupp och kontrollgrupp har använts och deltagarna har randomiserats parvis. Detta bör kunna borga för att det finns substans i de resultat som faktiskt uppnåts.

En svaghet i studien är att antalet deltagare är lågt. Målsättningen var att ett deltagarantal på 20 personer eller fler, men det blev till sist 18. Tio i experimentgruppen och åtta i kontrollgruppen. Fyra ungdomar hoppade av studien tidigt. Tre av dessa var lottade i kontrollgruppen, och en i experimentgruppen. Därav den sneda fördelningen av deltagare i experiment- respektive kontrollgrupp.

Hur går det att veta att ungdomarna lyckades föreställa sig de bilder som vi bad dem om. I början fanns det en övningsuppgift där deltagarna skulle öva på att beskriva sin frukoststund på morgonen, men det går inte med exakthet att veta om de lyckats med att föreställa sig. Det gjordes indirekt manipulation check via skattning av vividness, hur levande (verklig) känns din bild på en skala från 0= inte alls till 100= extremt verklig (formulär IV).

Det är svårt att uttala sig hur förmågan att kunna föreställa sig bilder skiljer sig mellan olika individer. Vissa har kanske ingen eller liten förmåga. Framför allt i framtida klinisk tillämpning av IR med ungdomar kan det vara nog så viktigt att utgå från patientens förmåga till visualisering snarare än att bara utgå ifrån om de uppfyller diagnoskriterierna för SAD.

Det är relevant att fråga sig i vilken utsträckning mätinstrumenten är anpassade för ungdomar. Något som författarna till studien har reflekterat kring i kontakten med deltagarna är att lägre kognitiv mognad kan medföra svårigheter med att förstå instruktioner, betydelsen av vissa frågor och svarsalternativ i mätinstrument. Det har märkts på enstaka items att testpersoner haft frågor kring innebörden i vissa frågor. Skattningsformulären som använts (LSAS-CA, BFNE-II och BDI-2) är utprovade och anpassade för barn och ungdomar. LSAS-CA och BFNE-II är dock modifieringar av skalor för vuxna.

Etiska överväganden

Det kan vara svårt som ungdom att begripa fullt ut vad man tackar ja till när man medverkar i en studie. Ungdomarna har blivit tillfrågade på skolan och på BUP-kliniken och det finns en risk för att det kan vara svårt för en ungdom i upplevd beroendeställning att avböja deltagande i en studie när en vuxen person frågar. Inte minst när det gäller deltagarna som rekryterats från mottagningen där författarna arbetar, finns en risk att ungdomarna känt en press att säga ja. Om ungdomen mår dåligt kan man tänka att det finns en större sårbarhet och att det kan vara ännu svårare att säga nej. I dessa fall har vi ytterligare betonat frivilligheten i deltagandet i studien, och att deras beslut inte har någon påverkan på deras vanliga behandling på mottagningen.

Under studiens gång har författarna anat att vissa ungdomar känt sig obekväma med momentet imagery rescripting då det inbegriper att de ska blunda och berätta om känsliga händelser, speciellt när man inte har någon relation till terapeuten sedan tidigare. Detta kan till viss del antas ha påverkat effekten av interventionen på ett negativt sätt. Dock har det i dessa fall aldrig gjorts försök att övertala deltagarna att blunda om det inte känns bra. För att säkerställa att deltagarna inte skulle känna obehag som konsekvens av sitt deltagande, har de även tillfrågats i början och slutet av varje session om de har någon fundering eller om de undrar något, exempelvis kring dagens eller föregående session, och om det har känts bra vid slutet av sessionen. Utgångspunkten i detta fall har varit att ungdomar kanske har en mindre benägenhet än vuxna att spontant ställa dessa frågor. Man kan möjligen ha synpunkter på att det inte har gjorts en uppföljning med barnen och deras föräldrar efter studien för att fånga upp eventuella synpunkter men också för att föräldrar kanske velat ha information.

Vad gäller deltagarnas anonymitet i uppsatsen, är det försvårande att vissa av deltagarna går i samma klass, och sannolikt känner till varandras deltagande i studien. På förhand såg författarna framför allt en viss risk med igenkänning på det kvalitativa momentet i studien, alltså där deltagarna med några få ord skulle beskriva sig själv utifrån de situationer som man tog upp. När svaren granskats i efterhand bedöms dock sannolikheten som obefintlig för att det skulle gå att identifiera en person utifrån dessa svar.

Förslag till framtida forskning

Om man ska göra IR med barn kan det finnas anledning att lägga till ett par sessioner för att trygga deltagarna i den känsliga situationen som visualisering innebär; att man ska blunda och göra ett moment man aldrig provat tidigare, dessutom med en okänd behandlare. Det vore också intressant med forskning hurvida ungdomars ålder och mognad har betydelse för förmågan att visualisera. Det är svårt att uttala sig hur förmågan att kunna föreställa sig bilder skiljer sig mellan olika individer. Vissa har kanske ingen eller liten förmåga. I framtida forskning kring IR med ungdomar skulle det kunna vara intressant att utgå från patientens förmåga till visualisering snarare än att bara utgå ifrån om de uppfyller diagnoskriterierna för SAD. Resultat i studien visade att ångesten sjönk ytterligare en vecka efter behandling. Därför skulle det vara intressant att göra ytterliggare uppföljningar kanske efter en månad för att se om ångesten fortsatte att sjunka.

Slutsatser

Syftet med studien var att undersöka effekterna av imagery rescripting hos patienter i åldern 13-17 år med social ångeststörning. I tidigare studier på vuxna patienter med social ångeststörning har behandling med IR visat goda resultat.

Resultaten i denna studie med ungdomar visade att imagery rescripting har en signifikant reducerande effekt på ångest kopplad till tidiga negativa minnesbilder från barndomen, dock ser vi ingen effekt på ångest kopplad till aktuell katastrofbild, bildernas livfullhet och frekvens. En slutsats av studien är att imagery rescripting inte har lika tydlig effekt på ungdomar som på vuxna. Detta kanske har sin förklaring i att en del barn och ungdomar har svårt att hantera mentala bilder.

Referenser

- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1996). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology*, 196-241. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715–740.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). Anxiety disorders and phobias. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory - Second Edition manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American of child Child and Adolescent Psychiatry*, 38:6.
- Carleton, R. N., McCreary, D., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2006). The brief fear of negative evaluation scale – revised. *Depression & anxiety*, 23(5), 297-303.
- Clark D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg R. G., Liebowitz M. R., Hope D. A., & Schneier F. R. (Ed.) *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Coyle, J. T. (2001). Drug treatment of anxiety disorders in children. *The New England Journal of Medicine*. Apr 26; Vol. 344 (17), pp. 1326-7.

- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 34(8), 416-424.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., & van Asselt, T. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial of schema focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 63:649–658.
- Gren-Landell, M., Björklind, A., Tillfors, M., Furmark, T., Svedin, C-G., & Andersson, G. (2009). Evaluation of the psychometric properties of a modified version of the social phobia screening questionnaire for use in adolescents. *Child and adolescent mental health*, (3), 1, 36.
- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G., & Svedin, C. G. (2009). Social phobia in Swedish adolescents. Prevalence and gender differences. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 44: 1-7.
- Hackmann, A., Bennet-Levy, J., & Holmes, E. A. (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Hackmann A., Clark D. M., & McManus F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*. 38: 601–610.
- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 26: 3–12.
- Hackmann, A., & Holmes, E. (2004). Reflecting on imagery: A clinical perspective and overview of the special issue of Memory on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory* 12(4), 389-402.
- Harper Collins (1995). *Collins English Dictionary*. London: Harper Collins.
- Hirsch, C. R., Clark, D. M., Mathews, A., & William, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 909-921.
- Hirsch, C. R., Meynen, T., & Clark, D. M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12, 496-506.

- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38:297-305
- Holmes, E. A., Geddes, J. R., Colom, F., & Goodwin, G. M. (2008b). Mental imagery as an emotional amplifier: Application to bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1251-8.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review* 30. 349-362.
- Hunt, M & Fenton, M. (2007). Imagery rescripting versus in vivo exposure in the treatment of snakefear. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 38, 329-44.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S. Y., Nelson, C, B., Hughes M., Eshleman, S., Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric-disorders in the United-States – Results from the National-Comorbidity-Survey. *Archives of General Psychiatric*, 51(1), 8-19.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and social psychology bulletin*, 9, 371-375.
- Liebowitz, M. R. (1987) Social phobia. *Modern problems in modern pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Masia, C. L., Klein, R. G., & Liebowitz, M. R (1999), *The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)* (available from Carrie Masia-Warner, NYU Child Study Center, 215 Lexington Avenue, 13th floor, New York, NY 10016).
- Masia-Warner, C., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G., & Liebowitz, M. R. (2003). Articles: The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1076-1084.
- Mancini, C., Ameringen, M. V., Bennett, M., Patterson, B., & Watson, C. (2005). *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 15: 4. 589-607.

- Muris, P., & Field, A. P. (2008). Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. *Cognition and Emotion*, 22, 395-421
- Nilsson, J. E., Lundh, L. G., & Viborg, G. (2011). Imagery rescripting of early memories in social anxiety disorder: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 387-392.
- Parkinson, L. and Rachman, S. J. (1981). The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 101-10.
- Pratt, D., Cooper, M. J and Hackmann, A. (2004). Imagery and its characteristics in people who are anxious about spiders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 165-76
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Smucker M. R. & Neiderdee J. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2:63–93.
- Stopa L. (2009). How to use imagery in cognitive-behavioural therapy. In: Stopa L., editor. *Imagery and the threatened self*. Routledge; New York.
- Vassilopoulos, S., Banerjee, R., & Prantzalou, C. (2009). Experimental modification of interpretation bias in socially anxious children: changes in interpretation, anticipated interpersonal anxiety, and social anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1085-1089
- Vassilopoulos, S., Blackwell, S., Moberly, N. & Karahaliou, E. (2012). Comparing Imagery and verbal instructions for the experimental modification of interpretation and judgemental bias in children. *Journal of Behaviour therapy and Experimental Psychiatry*. 43: 594-601.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33, 448-457.

Wild J., Hackmann A., Clark D. M. (2008). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: A pilot study. *Behavior Therapy*. 39: 47-56.

Bilagor

Bilaga 1. Visualiseringsstudien, flödesschema

Procedur:

1. Informera deltagarna om undersökningens syfte och vad som kommer att hända i stora drag. Ge patienten den skriftliga informationen.
2. Informerat samtycke
3. Administrering av BFNE-II, SPSQ-C, LSAS-CA, OCH BDI
4. Intervju för identifikation av inre mentala bilder (Intervju efter Hackman et al 2000)
5. Skattningar av
 - a. hur levande/verklighetstrogen den inre bilden upplevs (IV)
 - b. det obehag/ oro/ ångest som väcks av den aktuella inre bilden (IÅ)
 - c. hur ofta den inre bilden förekommit den senaste veckan (IF)
 - d. den oro/ ångest som minnesbilden väcker (MÅ)
 - e. MOI
6. För experimentgruppen visualisering i fem steg:
 - a. trygg plats
 - b. återupplevande
 - c. bemästring: från defensivt till offensivt förhållningssätt- vuxenaktivitet
 - d. bekräftelse och tröst
 - e. trygg plats
7. För väntelistegruppen:
 - a. hur bra är du på att visualisera. Kan du visualisera en sommardag.
 - b. skattning av förväntningar på behandlingsresultat 0= kommer inte att hjälpa, 10= jag kommer bli av med alla mina besvär.
8. Båda grupperna- Skattning av
 - a. hur levande/verklighetstrogen den inre bilden upplevs (IV)
 - b. det obehag/ oro/ ångest som väcks av den aktuella inre bilden (IÅ)
 - c. den oro/ ångest som minnesbilden väcker (MÅ)
9. Avslutande intervju av deltagarna i experimentgruppen för att inhämta deras synpunkter på behandlingen.

10. Debriefing av deltagarna i experimentgruppen.

7 dagar senare

11. Administrering av BFNE-II, SPSQ-C, LSAS-SR för båda grupperna

12. Båda grupperna- skattning av:

- a. IV
- b. IÅ
- c. IF
- d. MÅ
- e. MOI

13. Experimentgruppens deltagare tipsas om självhjälpplitteratur och avtackas

14. För väntelistegruppen visualisering i fem steg

- a. trygg plats
- b. återupplevande
- c. bemästring: från defensivt till offensivt förhållningssätt-vuxenaktivitet
- d. bekräftelse och tröst
- e. trygg plats

15. För väntelistegruppen-skattning av:

- a. IV
- b. IÅ
- c. MÅ

16. Intervju av deltagarna i väntelistegruppen för att inhämta deras synpunkter på behandlingen.

17. Debriefing av deltagarna i väntelistegruppen

7 dagar senare

18. Administrering av BFNE-II, SPSQ-C, LSAS

19. Skattning av:

- a. IV
- b. IÅ
- c. IF
- d. MÅ

e. MOI

20. Deltagarna i väntelistegruppen tipsas om självhjäpplitteratur och avtackas.

Bilaga 2. Respondenternas beskrivning av MOI; meaning of image.

Experimentgruppen

Svaren under "a" är deltagarnas MOI strax före IR intervention. Svaren under "b" är deltagarnas MOI sju dagar efter IR intervention.

1. a) Svag, okapabel att göra saker, Skäms. Dum och korkad, oskyddad, liten.
 b) Ängslig, rädd för att det ska synas att jag är rädd.
2. a) Ensam.
 b) Känns pinsamt i sociala situationer. Jag vågar inte.
3. a) Pinsamt, generad.
 b) Kan inte uttrycka något.
4. a) Blyg och osäker.
 b) Fortfarande rädd och blyg
5. a) Att jag är blyg. Ingen pratar med mig, tror det är pga det ser ut som att jag inte vill.
 b) Jag är dum..att jag inte tar kontakt med dem.tråkig.
6. a) Jag klarar inte av situationer, att göra rätt. Jag vill lösa alla situationer, men jag klarar inte av det.
 b) Jag räcker inte till. Det kvittar vad man gör.
7. a) Jag känner mig misslyckad, för hur jag gör, betar mig. Jag är konstig.
 b) Jag är efterbliven, trögare än andra. Kanske för snäll.
8. a) Vet inte.
 b) Rädd, nervös, vågar inte.
9. a) Stressad och ser mig omkring.

b) Konstig/spänd/annorlunda

10. a) Nervös, skakig, värdelös.

b) Skakig, rädd.

Kontrollgruppen

Svaren under "a" är kontrollgruppens MOI strax före att de fick träna på visualisering enligt instruktionen att "visualisera en sommardag". Svaren under "b", sju dagar efter "a", är deltagarnas MOI strax före IR intervention. Svaren under "c" är deltagarnas MOI sju dagar efter IR intervention.

11. a) Rädsla, okunnig, de andra tycker att jag är okunnig.

b) Inte självsäker på mitt arbete. Inte tillräckligt duktig.

c) Vågar lite mer nu än när jag var liten. Nu kan jag tänka att jag inte alltid vet allt, och det är ok.

12. a) Oduglig, ful, värdelös.

b) Rädd och nervös. Ledsen.

c) Rädd och ledsen.

13. a) Jag är tyst och osäker, stressad över att andra sitter och kollar.

b) Blyg och tyst.

c) Tyst, försiktig

14. a) Jag verkar lite dum. Blyg och tråkig

b) Blyg, tråkig.

c) Tråkig, blyg

15. a) Jag tror inte att han ville lyssna mer på mig. Han tyckte jag var konstig och dum huvudet.

- b) Han tänkte att jag var dum i huvudet.
 - c) Jag brukar tänka på vad jag kunde gjort.
- 16.
- a) Jag gör ingenting, jag blir inte arg.
 - b) Jag är rädd för allt, rädd för att fråga om hjälp, blyg.
 - c) När jag är med kompisar verkar jag inte blyg, men jag är det. Det är olika olika dagar. Jag är bra på att låtsas som att jag kan prata med människor. Det syns inte, men känns.
- 17.
- a) Rädd att inte passa in, att inte få några vänner.
 - b) Rädd för att bli utstött och inte få vänner.
 - c) Osäker på mig själv. Vågar inte lita på människor. Kan idag själv skratta åt misstag. Känner mig säkrare med de människor jag umgås med.
- 18.
- a) Konstig, trängd
 - b) Lättskrämd
 - c) Överreagerar, rädd för ingenting, utan anledning

Bilaga 3 Intervju enligt Hackman et al, 2000.

Intervjun:

Jag skulle vilja prata med dig om en del av det som händer med dig när det blir jobbigt och du oroar dig över din hälsa. Det vanliga är att när folk blir oroliga och får ångest får man också en blandning av tankar och föreställningar eller bilder som dyker upp i ens huvud! Jag är särskilt intresserad av de bilder eller föreställningar som du själv har när du får ångest. Kan du berätta om en sådan bild – som alltså har att göra med din hälsa!!

Blunda – slut dina ögon – och försök för din inre syn mana fram just den bilden/föreställningen som du nämnde nyss. Beskriv den! (*Skriv på baksidan av uppgiftsblanketten!*) Är det denna bild som du får i andra sociala situationer också?

Vad är det värsta med denna bild? Vad säger den om dig som person? *Mullvada! (underlag till MOI)*

Håll kvar din bild och skatta hur levande (verklig) den känns på en skala från 0 = *inte alls* till 100 = *extremt verklig* (skatta på formulär **IV**)

Hur pass mycket ångest har du när du har denna bild i huvudet? Skatta på en skala från 0 = *ingen alls* till 100 = *extremt mycket , outhärdligt*. (skatta på formulär **IA**)

Hur ofta har denna bild dykt upp under veckan som gått? Skatta från 0 = *inte någon gång* till 100 = *ständigt - hela tiden*. (skatta på formulär **IF**)

När var det du första gången kände - så som du gör nu med den här bilden? Hur gammal var du då? Beskriv den situationen! (*Skriv på baksidan av uppgiftsblanketten!*)

Vad var det värsta med den? Vad tänkte du om dig själv då du befann dig i den situationen? *Mullvada! (underlag till MOI)*

Skatta på samma sätt som nyss hur jobbig och ångestladdad denna minnesbild är på en skala från 0 = *inte alls* till 100 = *extremt jobbigt, outhärdligt!*

(skatta på formulär **MÅ**)

Terapeuten summerar innebörden och den personliga betydelsen av patientens 1) bild och 2) minnesbilden.

Får be dig att du med egna ord formulerar en eller två meningar som fångar in innebörden av dina bilder! (*gäller både de(n) aktuella bilden(erna) och minnesbilden!*) Fylls i på blankett **MOI!**