



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psyko­terapeut­programmet

Effekter av emotionsreglering vid imagery rescripting för social ångeststörning

Eva Johansson

Psyko­terapeut­examens­suppsats vt 2018

Handledare: Jan-Erik Nilsson
Examinator: Håkan Johansson

Abstract

The purpose of this study was to explore the effects of emotion regulation given prior to imagery rescripting, IR, on the treatment outcome in a sample of patients suffering of social anxiety disorder, SAD. Research has shown that IR is an efficient treatment and intervention to process and transform problematic images that occur in SAD.

The study was carried out as a randomized experimental comparison between two groups both receiving IR. The experimental group, received an intervention of emotion regulation consisting of the visualization of a safe place prior to IR, while the control group, received IR alone. The treatment was carried out during one session with 11 participants meeting diagnostic criteria for social anxiety disorder according to DSM-5.

The study was seriously limited due to a very small sample and uncomparable groups. Therefore the conclusions are weak and tentative. The results were somewhat conflicting giving no support to the notion that, in comparison to IR alone, emotion regulation by visualizing a safe place given prior to IR would lead to a larger reduction of symptomatology, memory distress, image vividness, and a more beneficial restructuring of the meaning of images. Nevertheless, on image distress and frequency the added intervention of a safe place tended to enhance the effect of IR.

In conclusion, the study provided some promising leads to future research on the role of emotion regulation as a way to enhance the effects of IR.

Keywords: imagery rescripting, social anxiety disorder, SAD, emotion regulation, safe place

Sammanfattning

Denna studie syftade till att undersöka vilken effekt en emotionsreglerande åtgärd, administrerad före imagery rescripting (IR), hade för behandlingsutfallet hos patienter med social ångeststörning (SAD). Tidigare forskning har visat att IR är en verksam behandlingsmetod och intervention för att bearbeta och modifiera problematiska inre mentala bilder vid SAD.

Studien genomfördes som en randomiserad experimentell jämförelse mellan två behandlande grupper som båda erhöll IR. Experimentgruppen, erhöll en inledande emotionsreglerande åtgärd i form av visualisering av en trygg plats före IR, medan kontrollgruppen, enbart erhöll IR. Behandlingen genomfördes som en 1-sessionsbehandling för 11 deltagare som samtliga uppfyllde diagnoskriterierna för social ångeststörning enligt DSM-5.

Studien var betydligt begränsad av ett mycket litet urval och av grupper som inte var att betrakta som likvärdiga. Därför är slutsatserna svaga och trevande. Resultaten var emellertid något motstridiga. Inget stöd stod att finna för att åtgärden med trygg plats skulle leda till en bättre effekt av IR utöver den som erbjuds av enbart IR. Likväl visade det sig att tillägget av en trygg plats tenderade att förstärka effekten av IR avseende minskad ångest och frekvens relaterad till aktuell bild.

Studien har sammantaget sörgt för lovande resultat till framtida forskning avseende betydelsen av emotionsreglering som ett sätt att förstärka effekten av IR.

Nyckelord: imagery rescripting, social ångeststörning, SAD, emotionsreglering, trygg plats

Innehållsförteckning

| | |
|----------------------------------------------------|-----------|
| Introduktion | 6 |
| Inledning | 6 |
| Teoretisk förståelseram | 6 |
| Behandling | 8 |
| Övergripande riktlinjer..... | 8 |
| KBT-modell för SAD | 9 |
| Behandlingsmetoder under utveckling | 9 |
| Imagery | 9 |
| Imagery rescripting | 10 |
| Syfte - trygg plats | 12 |
| Forskningsfråga | 13 |
| Hypoteser | 13 |
| Metod | 14 |
| Design | 14 |
| Deltagare | 14 |
| Exklusionskriterier | 14 |
| Debut..... | 14 |
| Komorbiditet..... | 14 |
| Medicinering | 14 |
| Instrument | 14 |
| Beck Depression Inventory - second edition | 14 |
| Liebowitz Social Anxiety Scale..... | 14 |
| BFNE-II, Brief Fear of Negative Evaluation-II..... | 15 |
| Imagery-skattningar | 15 |
| SUDS (Subjective Units of Distress Scale) | 15 |
| Analysmetod | 15 |
| Inledande "imagery" intervju | 16 |
| Imagery Rescripting | 16 |
| Fas 1. Återupplevande | 17 |
| Fas 2. Bemästrande/omskrivning..... | 17 |
| Fas 3. Compassion | 17 |
| Betingelser | 17 |
| Betingelse 1. Trygg plats visualisering | 17 |
| Betingelse 2. Neutral visualisering | 18 |
| Procedur | 18 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| Forskningsetik..... | 19 |
| <i>Resultat</i> | 20 |
| Deskriptiv data..... | 20 |
| Effekter av imagery rescripting på symtom..... | 21 |
| Effekter av imagery rescripting på minnesbild och aktuell bild | 23 |
| Effekter av imagery rescripting på MOI..... | 25 |
| <i>Diskussion</i> | 26 |
| Överväganden avseende behandlingsupplägg | 27 |
| Styrkor och begränsningar | 28 |
| Etiska överväganden..... | 29 |
| Slutsatser..... | 29 |
| Förslag till framtida forskning | 29 |
| <i>Referenser</i> | 31 |
| <i>Bilagor</i> | 34 |
| Bilaga 1. Komorbiditet och medicinering..... | 34 |
| Bilaga 2. Intervju för identifikation av inre mentala bilder | 35 |
| Bilaga 3. Manuskript för behandlingssession | 36 |
| Bilaga 4. Neutral visualisering..... | 39 |
| Bilaga 5. Procedur..... | 40 |

Introduktion

Inledning

Social ångeststörning, SAD, är den numera rådande benämningen för social ångest eller social fobi enligt den senaste och femte versionen av DSM (American Psychiatric Association, APA, 2013). SAD kännetecknas av en stark och överdriven rädsla eller ångest för sociala sammanhang där man riskerar att bli granskad, göra bort sig och bli negativt bedömd av andra. För personer med SAD leder rädslan ofta till omfattande undvikandebeteenden vars funktion är att undkomma obehag. Obehaget kan ta sig många olika uttryck (kroppsliga/fysiska reaktioner, negativa tankar och känslor, flykt- och undvikandebeteenden) men rädslan för att uppträda på ett avvikande sätt har personer med SAD gemensamt. Det kan exempelvis finnas oro för att rodna, svettas, inte få fram ord, bli skakig på hand men framför allt en oro för att betraktas som udda, svag, konstig, dum eller tråkig. Ibland uppstår den sociala ångesten långt innan en social händelse ska äga rum. För en del personer är ångeststörningen av mer generell karaktär, det vill säga att rädslan uppstår i samtliga sociala sammanhang medan ångesten för somliga personer enbart uppstår i specifika situationer som att tala eller uppträda inför andra. I klinisk miljö är generaliserad SAD den mest förekommande (Bennett-Levy, Butler, Fennell, Hackmann, Mueller & Westbrook, 2004).

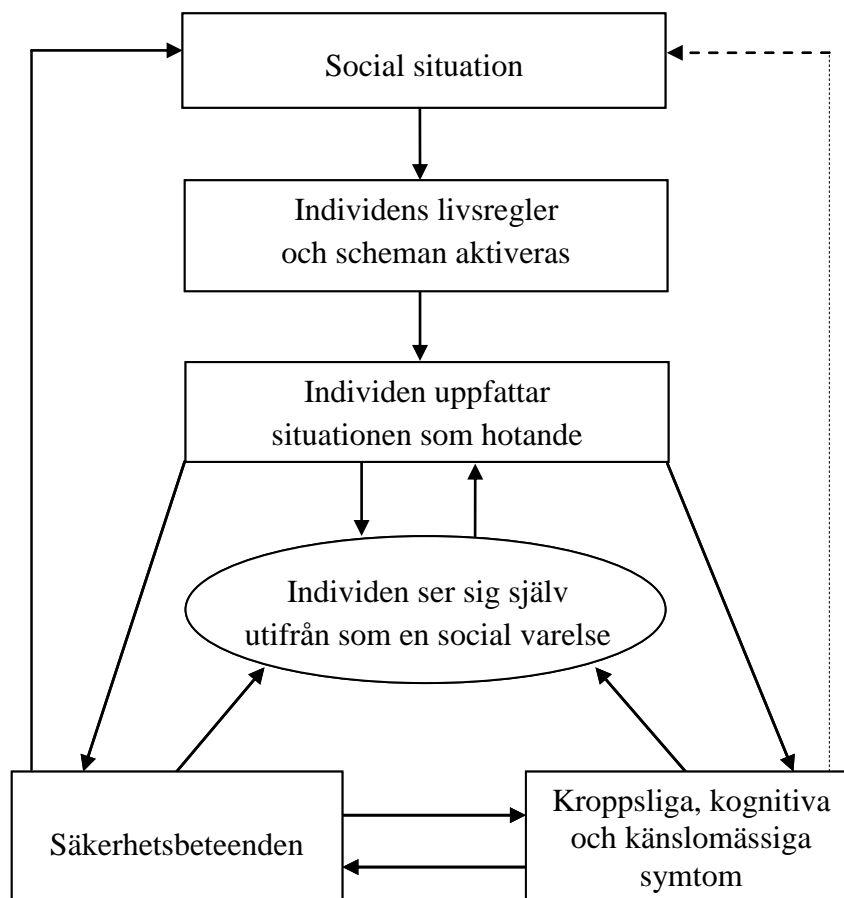
Prevalensen för SAD är enligt DSM-5 (APA, 2013) ca 7 % i USA medan man i Europa har en medianprevalens på 2,3 %. Kvinnor med SAD har en högre representation i allmän population medan män i klinisk population har samma eller en något högre representation (APA, 2013). SAD är enligt Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers och Stein (2000) den fjärde vanligaste psykiatriska diagnosen. Social ångeststörning debuterar vanligtvis i åldern 8 till 15 år (APA, 2013). Debut i vuxenålder är sällsynt men förekommer, till exempel efter en särskilt stressfylld och förödmjukande händelse eller efter en förändring i livet som kräver en ny social roll (på arbetet, i äktenskap). Komorbida tillstånd är vanliga, 70-80 %, och utgörs främst av andra ångesttillstånd, depression och alkoholmissbruk men även av bipolär sjukdom, dysmorfofobi och undvikande/fobisk personlighetssyndrom (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992).

Teoretisk föreståelseram

Uppkomsten till SAD bottnar, utifrån ett KBT-perspektiv, i grundantaganden/scheman om den egna personen, scheman som påverkar på vilket sätt man upplever något som en fara (Clark & Wells, 1995). Scheman har utvecklats under hela personens levnadstid men främst under barndom och adolescens. Det beteende som går att skönja i vuxenålder (Bennett-Levy et al., 2004) har således

formats av tidigare erfarenheter, till exempel av att ha blivit kritiserad, avvisad, mobbad eller bemött som att man är annorlunda och konstig.

I Clark och Wells (1995) kognitiva förklaringsmodell (se figur 1) beskrivs de faktorer som driver och vidmakthåller SAD. Överlag handlar vidmakthållandet om självfokuserad uppmärksamhet och säkerhetsbeteenden. Självfokuserad uppmärksamhet kan leda till att man går miste om korrekt information om andra och de interaktioner som pågår samt att man blir alltför upptagen med egna föreställningar om hur andra betraktar en själv. Säkerhetsbeteenden som syftar till att minska risken för negativ bedömning ökar självmedvetenhet och kan, i motsats till vad man önskar, dra till sig uppmärksamhet. Upplevelsen av social fara återkommer i tankar, antaganden och föreställningar. Det som driver och vidmakthåller ångeststörningen utgörs av en rundgång (se figur 1) som tar sin början i en upplevd social situation där livsregler och scheman aktiveras, situationen uppfattas som hotande, ett observatörsperspektiv tar sin början (personen ser sig själv utifrån), kroppsliga, kognitiva och känslomässiga symtom uppstår, säkerhetsbeteenden tillämpas och tänkande i form av post mortem rumination (negativ mental efterbearbetning av händelse) tar vid.



Figur 1. Kognitiv modell för social fobi enligt Clark och Wells (1995).

Ytterligare en förklaringsmodell för hur SAD uppkommer och vidmakthålls är den av Rapee och Heimberg (1997). Rapee och Heimberg lägger i sin modell tyngdvikt på informationsbearbetning och förklarar att en person med SAD oftast upplever en publik (oavsett sammanhang, med en eller flera personer) som oerhört kritisk samtidigt som den egna mentala representationen av hur man framstår innehåller selektiva antaganden och föreställningar som håller i gång den onda cirkeln (rundgången) av uppkomst och vidmakthållande. Den mentala representationen av hur man framstår (hur personen tror sig bli sedd av andra) påverkas kontinuerligt av vad personen uppmärksammar; yttre hot genom monitorering av feedback från publiken (ansiktsuttryck, blickar, någon ser uttråkad ut), till inre monitorering av till exempel fysiska symtom och till ledtrådar som kommer från långtidsminnet (minnen från liknande situationer). Uppmärksamheten vandrar således mellan den egna självbilden och omgivningen. Rapee och Heimberg beskriver att en person med SAD dessutom förutspår hur det egna framträdandet kommer att mottas och på vilket sätt publiken kommer att reagera vilket ger den sociala situationen en deterministisk utgångspunkt. Negativa förutsägelser i kombination med pågående perception och informationsbearbetning blir avgörande för förväntad negativ värdering vilket i sin tur åstadkommer ytterligare ångest, och påverkar den mentala representationen. Den onda cykeln göds således kontinuerligt.

Behandling

Övergripande riktlinjer. Förstahandsvalet av psykologisk behandling för SAD, utifrån riktlinjer från National Institute for Health and Care Excellence (NICE), är individuell KBT (Pilling, Mayo-Wilson, Mavranzouli, Kew, Taylor & Clark, 2013; Mayo-Wilson, Dias, Mavranzouli, Kew, Clark, Ades & Pilling, 2014; McEvoy, Rapee & Heimberg, 2016). Förstahandsvalet av medicinsk behandling är selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI). NICE rekommendationer bygger på en systematisk översyn och meta-analys där KBT-modeller utformade av Clark och Wells eller av Rapee och Heimberg rekommenderas.

I Socialstyrelsens (2017) senaste publikation ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom” rekommenderas KBT för vuxna med SAD. Internetförmedlad KBT med behandlarstöd bör övervägas för motiverade patienter. Ett alternativ till psykologisk behandling är läkemedelsbehandling. Rekommendationen bygger på måttlig svårighetsgrad och en förväntad god behandlingseffekt. Ytterligare rekommenderade behandlingsformer är basal kroppskänedom som komplement, mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR), mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT), psykodynamisk korttidsterapi och interpersonell terapi (IPT).

Enligt Mayo-Wilson et al. (2014) uppvisar KBT större effektstorlekar än psykodynamisk terapi, interpersonell terapi, mindfulness och terapi av mer stödjande karaktär. Pilling et al. (2013)

skriver att för de patienter som avböjer behandling i öppenvård kan självhjälp via internetbehandling föreslås, för de som inte önskar psykologisk behandling kan SSRI erbjudas (förslagsvis escitalopram och sertralin) och för de patienter som inte önskar KBT eller medicin föreslås psykodynamisk korttidsterapi .

KBT-modell för SAD, enligt Heimberg med kollegor (Hope, Heimberg & Turk, 2010; Barlow, 2014). Behandlingen utgår från stegvis exponering och kognitiv omstrukturering. Exponeringen syftar till att erfara en naturlig ångest reducering utifrån habitueringsprinciper (tillvänjning) genom upprepade och fördröjda exponeringar. Med exponering ges även möjlighet att testa dysfunktionella antaganden, skapa realistiska synsätt på sig själv och andra, samt träna på färdigheter som bryter och/eller minskar säkerhets- och undvikandebeteenden. Den kognitiva omstruktureringen som integreras före, under och efter varje exponering syftar till att lära sig hantera de tankar och föreställningar som provocerar fram ångest genom att se tankar som hypoteser, att finna mer hjälpsamma och realistiska sätt att se på situationen samt att lära sig färdigheter för att hantera ruminationen som ofta uppkommer efter en socialt ansträngande situation. Arbetet med dysfunktionella tankar ökar ofta förmågan att använda uppmärksamheten på ett mer adekvat sätt (Barlow, 2014).

Behandlingsmetoder under utveckling. Mindfulness- och acceptansbaserade behandlingar visar i forskning på symptomförbättring även om evidensen för närvarande är svag (McEvoy et al., 2016). De internetbaserade behandlingsformerna och integreringen av imagerybaserade tekniker är enligt McEvoy et al. (2016) på uppgång och under utveckling.

Imagery

Imagery definieras som mentala representationer, eller mentala bilder, som är bärare av innehåll. Hit hör minnesbilder från dåtiden, dagdrömmar och framtida händelser (Holmes & Mathews, 2010). Holmes och Mathews (2005, 2010) skriver att mentala bilder, särskilt negativa bilder, är relevanta för psykisk ohälsa med anledning av bildernas koppling till känslor. Holmes och Mathews (2010) skriver att forskningen bekräftar att mentala bilder väcker starkare känslor än enbart verbala representationer. Arbetet med imagery kan därför ses som ett alternativ, och komplement, till traditionellt verbalt-språkligt processande där skillnaden ligger i att förutom att verbalt prata om en händelse även imaginärt visualisera den. Visualiseringen agerar som en katalysator för att väcka emotionella tillstånd (både negativa och positiva) vilket möjliggör ett förändringsarbete. Imagery är på så sätt värdefullt för kliniska diagnoser och dess behandlingar eftersom behandlaren i framkallandet av känslomässiga tillstånd, genom ett återupplevande av till

exempel en minnesbild, ges möjlighet att direkt modifiera innehållet av bilden (Holmes & Mathews, 2010) vilket kan göra bilden mindre förvrängd och övergeneraliserad (Hackmann et al., 2000).

En teori som tillämpas på PTSD men som enligt Hackmann och Holmes (2004) även är tillämpligt för SAD då det finns många likheter mellan imagery i PTSD och imagery i SAD är teorin om att mentala bilder av upplevda traumatiska händelser lagras i två olika minnessystem (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996). Enligt Brewin et al. (1996) inkodas traumatiska händelser till två minnessystem; ett system där minnen är verbalt tillgängliga ("verbally accessible memories", VAMs) och ett system där minnen är automatiskt tillgängliga genom situationsbundna ledtrådar ("situational accessible memories", SAMs). VAMs som ger en avsiktlig åtkomst till autobiografiska minnen, kopplade till kontext och tid, kan medvetet bearbetas medan SAMs som har lagrats fragmentariskt, utan kontext och förankring i tid, är svåra att verbalt och avsiktligt plocka fram men som med hjälp av ledtrådar, såsom mentala bilder, kan ge åtkomst till autobiografiska minnen. Förutom att imagery således har en god möjlighet att emotionellt bearbeta minnen kan imagery även ge lättare åtkomst till material som finns lagrat i det autobiografiska minnet.

Under åren har intresset för användandet av tekniker och interventioner baserade på imagery ökat eftersom problematiska mentala bilder förekommer i flera olika diagnoser (Holmes, Arntz & Smucker, 2007).

Imagery rescripting

Med imagery rescripting (IR) möjliggörs åtkomst till ångestladdade minnesstrukturer vilket öppnar upp för emotionell bearbetning, och tillägg av korrigerande information, vilket för SAD betyder att inre mentala bilder av negativa händelser från tiden kring debuten av SAD kan modifieras (Arntz & Wreetman, 1999).

I en meta-analys av IR (Morina, Lancee & Arntz, 2017) konstaterades att IR är en verksam intervention för SAD (samt för PTSD, dymorfofobi, depression, bulimi och tvångssyndrom). IR visade ge behandlingseffekter på negativa minnesbilder, negativa nutida bilder, komorbida depressionstillstånd och encapsulated beliefs (specifika innebörder om den egna personen). Enskilda forskningsstudier för SAD med IR som metod är flera till antalet vid tidpunkten för författandet av denna uppsats (Wild, Hackmann & Clark, 2008; Nilsson, Lundh & Viborg, 2012; Lee & Kwon, 2013; Frets, Kevenaar & Heiden, 2014; Norton & Abbott, 2016 med flera) men fortsatt råder ett stort intresse för hur metoden kan förbättras, vilka komponenter som är verksamma och behövliga men även vilka komponenter som är av mindre angelägenhet.

Wild et al. genomförde 2008 en pilotstudie med IR för SAD vars intervention byggde på en trestegs procedur av Arntz och Weertmans (1999). Arntz och Weertmans modell syftar till att låta

patienter erfara nya känslor i relation till negativa minnesbilder, möjliggöra förändring av schematiska representationer från uppväxten, bearbeta känslor, få nya insikter och stärka upplevelsen av empowerment (ökad upplevelse av makt, kontroll och självtillit). Faserna i trestegs proceduren är: återupplevande, bemästrande och compassion.

Återupplevande, första fasen, av en tidig minnesbild syftar till att aktivera rädslstrukturen vilket utgör en förutsättning för att en emotionell bearbetning, modifiering och tillägg av korrigerande information ska vara möjlig.

Bemästrandefasen syftar till att skriva om situationen genom att tillföra ny information till rädslstrukturen i form av hjälpsam coping (att handskas med situationen på ett för patienterna behövande och hanterbart sätt). Fasen består av två steg där det första steget innebär att patienter (utifrån sin dåtida ålder, oftast som barn) uttrycker vad som behöver hända för att barnet (patienten som ung) ska må bättre. Andra steget innebär att patienterna föreställer sig själv som vuxen komma in i situationen, bevittnar händelsen, ingriper och intervenerar genom att ta hand om det som sker.

I tredje fasen, compassionfasen, adderas ett omhändertagande perspektiv. Den vuxna tar hand om sig själv som barn genom att barnet ges möjlighet att ge uttryck för emotionella behov, behov så som tröst och beskydd för att må bättre (omfamning, kärleksfull förståelse, medkänsla). Den vuxna hjälper barnet att förstå att det som hänt inte är barnets fel.

Wild och Clark (2011) beskriver att en negativ självbild är en av aspekterna som vidmakthåller SAD vilken vanligen är kopplad till tidiga minnen av socialt traumatiska händelser. IR avser uppdatera dessa minnesbilder vilket även ger effekt på liknande nutida problematiska bilder. I Wild's et al. (2008) pilotstudie valdes en kombination av kognitiv omstrukturering (CR) och IR: 45 minuter CR och därefter 45 minuter IR. Anledningen till att inleda IR med CR är att utmana dysfunktionella grundantaganden och att åstadkomma en intellektuell förståelse (Wild & Clark, 2011). För att skapa ytterligare behandlingseffekt läggs IR till efter CR med syfte att åstadkomma också ett känslomässigt upplevande, bearbetning och förståelse.

Två studier (Lee & Kwon, 2013; Frets et al., 2014) har undersökt om IR håller som fristående behandling ("stand-alone treatment") för SAD, jämfört med IR som integrerad teknik i en mer allomfattande KBT behandling. Lee och Kwon (2013) drar slutsatsen att IR kan ses som en kostnadseffektiv "stand-alone" behandling för SAD medan Frets et al. (2014) diskuterar att IR snarare bör inkluderas som en intervention i KBT. Båda studier använder CR innan IR. Frets et al. (2014) administrerade mellan 5-17 behandlingssessioner, med patienter utan komorbiditet. Norton och Abbott (2016) jämför i sin studie IR med CR och når slutsatsen att IR är en effektiv behandling för SAD förutsatt att behandlingen levereras med ett flertal sessioner, och om IR föregås av CR.

Flertalet studier har således lagt till CR som intervention till Arntz och Wreetmans tre stegs modell. Nilsson et al. (2012) väljer att göra annorlunda och undersöker i sin studie om IR har lika god effekt utan CR. Slutsatsen är att IR är en effektiv behandling för SAD även utan CR. Som ytterligare förändring av Arntz och Weertmans procedur (1999) lägger Nilsson med kollegor till en emotionsreglerande intervention i form av trygg plats både före och efter IR.

Den nuvarande studien bygger vidare på Nilsson et al. (2012) arbete, det vill säga borttag av CR och tillägg av trygg plats. I nuvarande studie läggs trygg plats dock enbart till före IR-intervention (således inte efter) med syftet att undersöka om en inledande emotionsreglerande åtgärd har betydelse för behandlingsutfallet av IR. Hypotesen är att behandlingseffekterna blir större med inledande emotionsreglering.

Syfte – trygg plats

Nuvarande studie syftar till att undersöka om en inledande emotionsreglerande åtgärd har betydelse för behandlingsutfallet av IR. Arntz (2011) föreslår att visualisering av en trygg plats kan utgöra ett valbart tillägg vid IR, riktad mot personlighetssyndrom. Enligt Hackmann, Bennett-Levy och Holmes (2011) kan en trygg plats utgöra en ankarpunkt vars mål är att förse deltagarna med trygghet, tröst, stöd och avslappning. Från denna plats kan deltagarna, i ett relativt lugnt tillstånd, antingen påbörja en session, komma tillbaka till, och/eller avsluta en session. Tillägget (Arntz, 2011) beskrivs inte vara avgörande för behandlingseffekt men kan ses som en läroprocess för att vänja sig vid visualisering. Rationalen bakom trygg plats är att patienter blir mer benägna att släppa säkerhetsbeteenden och vågar engagera sig i visualiseringsprocessen i högre grad när en emotionsreglerande färdighet finns till hands. Arntz beskriver att somliga patienter inte förmår visualisera en trygg plats med anledning av att en sådan aldrig har funnits i verkligheten eller på grund av att världen upplevs som en farlig plats.

I enlighet med compassionfokuserad terapi (CFT), utvecklad av psykologen och professorn Paul Gilbert, kan en trygg plats, i vårt inre, vara en hjälpsam och lugnande erfarenhet när vi upplever oss hotade (Lee & James, 2011; Andersson & Viotti, 2013). En trygg plats kan hjälpa patienter att tolerera svåra minnen, särskilt traumatiska händelser som är förknippade med mycket rädsla. Trygg plats aktiverar vårt inre trygghetssystem och skapar en känsla av säkerhet och lugn medan hotsystemet stängs av. Med en upplevelse av lugn och inre trygghet blir det lättare att tolerera obehagliga minnen med en ökad grad av compassion (medkänsla). Ökad toleransnivå kan minska benägenheten att nyttja säkerhets- och undvikandebeteenden. Maack, Buchanan och Young (2015) skriver att ett välstuderat fenomen är kopplingen mellan ångestreaktioner och flykt- och undvikandebeteenden. Återupplevandet enligt IR kan förmodas framkalla ångestreaktioner och

därmed även undvikande av olika slag (tillämpning av distraktion som säkerhetsbeteende) vilket i sig kan minska effekten av visualiseringen. Avsaknaden av emotionsreglerande färdigheter kan således, enligt Arntz (2011), öka användandet av undvikande- och säkerhetsbeteenden med konsekvens att nyinlärning minskar.

I Gilbert och Procter's pilotstudie från 2006 belyses "Compassionate Mind Training" (CMT), utvecklat för individer med en hög grad av skam, självkritik, kronisk problematik och traumatiska erfarenheter, med svårigheter att anamma självmedkänsla och självacceptans. CMT syftar till emotionsreglering genom att träna upp förmågan att kontakta det inre trygghetssystemet. Behandlingen i studien genomfördes under 12 sessioner á två timmar där trygg plats utgjorde ett inslag i behandlingen. Forskningsresultaten visade på en minskning av depressiva symtom, ångest, skam, självkritik och undergivenhet. Samtidigt utvecklades en ökad förmåga till självtröst, vänlighet, värme och uppmuntran till den egna personen.

Forskningsfråga

Nuvarande studie syftar till att undersöka om en inledande emotionsreglerande åtgärd har betydelse för behandlingsutfallet av imagery rescripting.

Hypoteser

Jämförbart med enbart imagery rescripting leder imagery rescripting föregånget av emotionsreglerande visualisering av trygg plats till:

1. Minskning av symtom
2. Minskad ångest relaterad till
 - a. Minnesbild
 - b. Aktuell bild
3. En minskad upplevelse av hur levande/verklig den aktuella bilden är
4. Minskning i frekvens av den aktuella bilden
5. En förändring i "meaning of image" (innehåll/betydelse av bilderna)

Metod

Design

Studien genomfördes som en randomiserad experimentell jämförelse av två behandlande grupper där den ena experimentgruppen, erhöll visualisering av trygg plats före IR, och den andra, kontrollgruppen, enbart behandlades med IR.

Deltagare

Deltagarna rekryterades från Vuxenpsykiatriska mottagningen i Ystad och Simrishamn genom att personer med social fobi som huvuddiagnos eller bidiagnos kontaktades brevlades med erbjudande om deltagande i studien. Påminnelsebrev skickades ut. Deltagare rekryterades även genom kollegor på mottagningen, främst efter läkarbesök. Deltagarantalet uppgick till 11 personer: 3 kvinnor och 8 män. Åldersspridning från 20 år till 66 år. Medelålder 37,2 år. Samtliga deltagare uppfyllde diagnoskriterier för generell social fobi enligt DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Exklusionskriterier. Missbruksproblematik. Psykossjukdom. Organisk hjärnskada. Emotionellt instabilt personlighetssyndrom. Annan pågående psykoterapeutisk behandling eller nyligen påbörjad medicinering.

Debut. För åtta deltagare debuterade SAD under åren på högstadiet, det vill säga under tidiga tonår. För två deltagare uppstod problematiken under lågstadietiden medan SAD för en deltagare debuterade i 50 års ålder som konsekvens av förändringar i yrkesrollen på arbetet.

Komorbiditet. Följande diagnoser återfanns bland deltagarna: personlighetsstörning UNS, GAD (generaliserat ångestsyndrom), ADD, recidiverande depression, fobisk personlighetsstörning, medelsvår depression, ätstörning, PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). 2 deltagare var nyktra alkoholister. Fördelning enligt bilaga 1.

Medicinering. Två deltagare var omedicinerade. Hos övriga 9 deltagare återfanns medicinering enligt bilaga 1.

Instrument

Beck Depression Inventory – second edition. (BDI-II: Beck, Steer & Brown, 2005). BDI-II är ett frågeformulär för att bedöma grad av depression. Instrumentet innehåller 21 items som skattas på en fyrgradig skala från 0-3. BDI-II utvärderar affektiva, kognitiva, beteendemässiga och somatiska symtom, samt suicidalitet. Cronbachs alfa 0.92 för klinisk grupp.

Liebowitz Social Anxiety Scale. (LSAS-SR: Liebowitz, 1987). LSAS-SR är ett frågeformulär som avser mäta rädsla och undvikande i sociala situationer. Instrumentet består av 24

socialfobiska situationer som utgörs av både prestationssituationer och interaktionssituationer. Deltagaren skattar för varje situation, på en fyrgradig skala 0-3, graden av rädsla/ångest samt graden av undvikande. LSAS-SR har en hög intern konsistens med ett Cronbachs alfa värde på 0.95 för hela skalan och från 0.79 till 0.91 för övriga delskalor (Baker, Heinrichs & Hofmann, 2002).

BFNE-II, Brief Fear of Negative Evaluation-II. (BFNE-II: Carleton, McCreary & Asmundson, 2006). BFNE-II är ett frågeformulär som avser mäta en persons rädsla för negativ granskning och bedömning i sociala sammanhang. Instrumentet innehåller 8 items. Deltagaren skattar sig på en 5-gradig skala från 0-4. Enligt Carleton et al. (2006) har instrumentets olika items en hög korrelation med andra instrument som avser mäta social ångest. Cronbachs alfa 0.95.

Imagery-skattningar.

MÅ (minnesångest). Graden av obehag/oro/ångest som väcks av minnesbilden mättes på en skala från 0 (ingen alls) till 100 (extremt mycket/outhärdlig).

IÅ (ångest kopplat till aktuell bild). Graden av obehag/oro/ångest som väcks av den aktuella inre bilden mättes på en skala från 0 (ingen alls) till 100 (extremt mycket/outhärdlig).

IV (image vividness). Graden av hur levande/verklighetstrogen den aktuella inre bilden upplevs mättes på en skala från 0 (inte alls) till 100 (extremt verklig).

IF (ångest kopplat till frekvens). Graden av hur ofta den inre aktuella bilden har förekommit den senaste veckan mättes på en skala från 0 (inte någon gång) till 100 (ständigt/hela tiden).

MOI (meaning of images). Innebörden och betydelsen av både aktuell bild och minnesbild undersöktes med frågor som: ”vad är det värsta med denna bild”, ”vad säger den om dig som person”.

SUDS (Subjective Units of Distress Scale). Vid flertalet tillfällen blev deltagarna ombudda att skatta obehag/oro/ångest med hjälp av SUDS, skala 0-10. Syftet med skattningarna var att få ett riktvärde/en referenspunkt under behandlingens framskridande.

Analysmetod

Jämförelser gjordes mellan experimentgrupp och kontrollgrupp gällande variablerna BFNE, LSAS, MÅ, IÅ, IV, IF och MOI. För att testa hypoteserna genomfördes en serie repeated measures ANOVAS mellan mellangrupsvariabel (2: experimentgrupp, kontrollgrupp) och inomgrupsvariabel (4: före intervention, efter intervention, uppföljning 1, uppföljning 2) med avseende på vart och ett av de olika utfallsmåtten. En alpha nivå på 0.05 användes för att testa hypoteserna. Tvåsidigt test (t-test) tillämpades genomgående.

Deltagarnas 44 uttalanden (MOI), före intervention, efter intervention samt vid uppföljning 1 och uppföljning 2, randomiserades och skattades av tre oberoende bedömare utmed två dimensioner: negativt/positivt (N/P) och hjälplöshet/kompetens (H/K), på en skala från 1 till 7. De tre bedömarens

skattningar gjordes om till två nya variabler: MOI (N/P) och MOI (H/K), se tabell 2. En analys av interbedömarreliabilitet (beräknat på medelvärdet vid första mättillfället) gav en god Cronbachs alfa: MOI (N/P) = 0.90 och MOI (H/K) = 0.86.

Inledande "imagery" intervju

I syfte att identifiera deltagarnas problematiska mentala bilder i socialt ångestladdade situationer administrerades en semistrukturerad intervju av Hackmann, Clark & McManus (2000) under cirka 30 minuter (se bilaga 2). Behandlaren inledde med: "jag vill prata med dig om en del av det som händer dig när det blir jobbigt och du oroar dig när du är tillsammans med andra... det är vanligt att en blandning av tankar, föreställningar, bilder dyker upp i huvudet i dessa stunder... jag är intresserad av de bilder eller föreställningar som du själv har när du får ångest, kan du berätta om en sådan bild". Deltagarna ombads att sluta ögonen och försöka mana fram bilden som har omnämnts. Detaljer i berättelsen efterfrågades: vad händer, vilka är där, vad händer med dig. Innebörden och den personliga betydelsen av denna aktuella bild undersöktes med frågorna: "vad är det värsta med denna bild" och "vad säger den om dig som person". Därefter skattades bilden (skala 0-100) utifrån hur levande/verklig (IV) den upplevdes, hur mycket oro/ångest (IÅ) bilden väckte och hur ofta bilden hade dykt upp under veckan som gått (IF). Vidare intervjuades deltagarna om första gången man känt som i den aktuella bilden ("har du känt så här förut", "när var första gången du kände så som du gör nu med den här bilden"). Deltagarna ombads att minnas sin ålder i minnesbilden samt beskriva vad som utspelar sig i situationen. Igen undersöktes innebörden och betydelsen, men nu av minnesbilden, med frågorna: "vad var det värsta med denna situation" och "vad tänkte du om dig själv då du befann dig i den situationen". Deltagarna skattade (0-100) graden av oro/ångest som väcktes av minnesbilden (MÅ). Behandlaren summerade innebörden och den personliga betydelsen av deltagarnas aktuella bild och minnesbild. Deltagarna ombads därefter att med egna ord formulera en eller två meningar som fångade innebörden och betydelsen av de båda bilderna. Efter den inledande "imagery" intervjun följde visualiseringsproceduren (Arntz och Weertman, 1999), med tillägg av trygg plats.

Imagery rescripting

Behandlingsinterventionen hämtades ur Arntz och Weertmans (1999) visualiseringsprocedur bestående av tre faser: återupplevande, bemästrande och compassion. Ett semistrukturerat protokoll följdes enligt bilaga 3. För experimentgruppen lades en initial fjärde visualisering till, nämligen den om en trygg plats (betingelse 1). För kontrollgruppen lades en neutral visualisering till innan de tre faserna (betingelse 2). Samtliga faser innebar visualisering.

Fas 1. Återupplevande. Deltagarna ombads att blunda och föreställa sig sin minnesbild så tydligt som möjligt och att i presens berätta vad som sker; vilken är situationen, var är deltagarna, vilka andra är där, sinnesmodaliteter (syn, hörsel, känsel, lukt, smak), vad har hänt, vad händer, hur känns det i kroppen, var i kroppen känns det, vilka känslor och tankar är närvarande, hur agerar deltagarna (exempel: ”jag är 8 år... jag börjar i en ny skola... jag är orolig... mamma ska vänta på mig efter skolan... mamma är inte där... jag är livrädd... jag gömmer mig... min syster hittar mig efter två timmar...”) Syfte: aktivera rädslostrukturen för att en emotionell bearbetning, modifiering och tillägg av korrigerande information ska göras möjlig.

Fas 2. Bemästrande/omskrivning. I denna fas ombads deltagarna att sätta ord på: ”vad du helst av allt vill ska hända för att du ska kunna må bättre, eller att det ska bli bra för dig, vad vill du göra eller säga, vad vill du att andra ska göra eller säga till dig”. Deltagarna uppmanades att uttryckligen sätta ord på det som önskades (exempel: ”ett förlåt, mera kärlek och en kram”, ”att läraren hade tagit hand om situationen utanför klassrummet i frånvaron av klasskamraterna”, ”att jag hade kunnat säga ifrån”). Därefter guidades deltagarna till att bevittna sig själv som vuxen komma in i situationen, bevittna händelsen och beskriva sina tankar och reaktioner med uppmaningen att hjälpa sig själv som liten. Hjälpsamma frågor var: ”vad vill du göra/säga? Hur kan ditt vuxna jag hjälpa den lilla? Kan ditt vuxna jag hjälpa barnet att hävda sig själv?” Några exempel från deltagarna var: ”att famna om mig själv, bära in mig i en helikopter och flyga därifrån”, ”att säga sluta, detta är inte okej, så säger man inte till någon annan”, ”att prata med de som skrattar”. Syfte: hjälpsamt bemästrande integreras i befintlig rädslostruktur genom att behov uttrycks och tas omhand.

Fas 3. Compassion. I sista fasen ombads deltagarna att som sitt vuxna jag hjälpa sitt lilla jag genom att hjälpa barnet att förstå att det som har hänt inte är barnets fel. Deltagarna tillfrågas därefter vad det lilla jaget hade behövt för att må bättre i situationen. Avslutningsvis föreslås deltagarnas vuxna jag att ge barnet tröst, kramar, värme och kärleksfull förståelse för vad som hänt. Exempel på vad deltagarna önskade sig var: ”mer kärlek, en vän att anförtro sig till, en kram, tröst från en klassföreståndare, att föräldrar kunnat förmedla att jag är bra som jag är, att föräldrar hade stöttat mig”. Syfte: att lära och lägga märke till de egna emotionella behoven med uppmaning att försöka be andra om stöd och hjälp, samt att kunna ta emot andras omtanke. Fasen handlar även om att trösta och ta hand om barnet som i minnesbilden för illa.

Betingelser

Betingelse 1. Trygg plats visualisering. Deltagarna i experimentgruppen ombads att under cirka två minuter visualisera sig en trygg och säker plats att befinna sig på (se bilaga 3). Platsen var valfri. Förslag gavs såsom en sommaräng, på stranden eller i badkaret. Deltagaren uppmanades att

stanna på sin plats en stund, för att njuta och komma i kontakt med lugn och avslappning. SUDS skattning (0-10) följde efteråt.

Betingelse 2. Neutral visualisering. Deltagarna i kontrollgruppen ombads att under cirka två minuter studera två på varandra följande neutrala figurer (se bilaga 3 och 4), hämtade ur Benton Visual Retention Test (Benton, 1991). Deltagarna fick inför den första figuren ett tomt pappersark och blyertspenna framför sig, därefter visades den första symmetriska figuren under några sekunder, bilden togs bort och deltagarna ombads blunda och visualisera figuren för sin inre syn. Avslutningsvis ombads deltagarna öppna ögonen och rita av figuren på pappret framför. Inga krav på välteckning betonades. Proceduren upprepades för figur nummer 2. SUDS skattning (0-10) följde efteråt.

Procedur

Studien genomfördes av en legitimerad psykolog som del av psykoterapeututbildningen. Innan studiens start genomförde behandlaren två videofilmade behandlingssessioner under handledning av en med metoden väl förtrogen terapeut, i syfte att öka följsamhet och validitet till metoden.

Deltagarna informerades om studiens syfte och procedur i ett första besök. Behandlaren inhämtade bakgrundsdata, undersökte exklusionskriterier och inhämtade informerat samtycke. I ett andra besök genomfördes behandlingssessionen under totalt ca 90 minuter. Se bilaga 5 för detaljerad beskrivning av proceduren.

Behandlingssessionen inleddes med en förmätning med BDI, LSAS och BFNE. Deltagarna ombads att skatta sin upplevda SUDS inför behandlingsinterventionen. En semistrukturerad intervju (bilaga 2) tog därefter vid med utgångspunkt i att identifiera en problematisk aktuell mental bild. Den aktuella bildens betydelse och innebörd undersöktes (MOI), och skattades 0-100 (IV, IÅ, IF). Deltagarna tillfrågades därefter om de känt som i den aktuella bilden någon gång förut vilket ledde till kontakt med en minnesbild. Deltagarna ombads att berätta vad som hände i minnesbilden. Minnesbildens betydelse och innebörd undersöktes (MOI), och skattades 0-100 (MÅ). Behandlaren summerade innebörden och den personliga betydelsen av deltagarnas aktuella bild och minnesbild. Deltagarna ombads därefter att med egna ord formulera en eller två meningar som fångade innebörden och betydelsen av de båda bilderna.

Därefter genomfördes visualiseringsproceduren (bilaga 3). Deltagarna i experimentgruppen guidades först att visualisera en trygg plats medan kontrollgruppen gavs i uppdrag att visualisera och reproducera två neutrala figurer (bilaga 4). SUDS skattades efter båda betingelser. Därpå följde IR i tre steg (återupplevande, bemästrande, compassion) för båda grupperna. SUDS skattades efter fasen återupplevande, därpå efter första steget i bemästrandefasen och en gång till efter andra steget i

bemästrandefasen, en sista SUDS skattning gjordes efter compassionfasen (se bilaga 5). Visualiseringsproceduren avslutades för andra gången med skattning (0-100) av aktuell bild (IV, IÅ) och minnesbild (MÅ). Betydelse och innebörd (MOI) utforskades.

Vid första uppföljningen, en vecka senare, administrerades LSAS och BFNE en andra gång, och deltagarna skattade (0-100) för en tredje gång aktuell bild (IV, IÅ, IF) och minnesbild (MÅ). Bildernas betydelse och innebörd (MOI) efterfrågades. Vid den andra uppföljningen, två veckor senare, administrerades LSAS och BFNE för en tredje gång, deltagarna skattade (0-100) för fjärde gången aktuell bild (IV, IÅ, IF) och minnesbild (MÅ) samt ombads att sätta ord på bildernas betydelse och innebörd (MOI).

Forskningsetik

Denna uppsats är en delstudie i ett större forskningsprojekt om imagery rescripting. Studien är prövad och godkänd av Regionala etikprövningsnämnden vid Lunds Universitet (Dnr 2016/493). Forskningsprocessen följde Vetenskapsrådet forskningsetiska riktlinjer för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning avseende informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Vetenskapsrådet, 2018). Informationskravet uppfylldes genom att deltagarna informerades om studiens syfte och villkor både skriftligen och muntligen. Deltagarna informerades om att 1-sessionsbehandlingen inte ska betraktas som en fullvärdig behandling för social fobi. Deltagarna gavs tillfälle att ställa frågor om studien och medverkan. Samtliga informerades om att deltagandet var frivilligt samt att hen hade rätt att avbryta sin medverkan när helst hen önskade så. Deltagarnas informerade samtycke inhämtades skriftligen i slutet av bedömningsamtalet. Konfidentialitetskravet har tillgodosetts genom att personuppgifter, självskattningsformulär och behandlingsinnehåll har förvarats oåtkomligt för obehöriga. Allt material har avidentifierats och varje deltagare kodades med ett nummer. Nyttjandekravet följs i enlighet med att insamlat material och resultat endast kommer att användas för projektets avsedda ändamål.

Resultat

Totalt medverkade 11 deltagare (3 kvinnor, 8 män) som samtliga randomiserades till experimentgrupp eller kontrollgrupp. 14 personer tackade ursprungligen ja till att delta i studien. Två personer lämnade återbud inför behandlingssessionen och en uteblev. Samtliga bortfall tillhörde experimentgruppen, därav den ojämna fördelningen mellan experimentgrupp (4 deltagare) och kontrollgrupp (7 deltagare). Vid en analys av gruppernas likvärdighet vid den initiala mätningen konstaterades att LSAS, IV och IF visade på en signifikant skillnad mellan grupperna (se tabell 1) men på övriga variabler var grupperna jämförbara. I jämförelserna av variablerna BFNE, LSAS, MÅ, IÅ, IV, IF och MOI saknas data ("missing data") för 4 deltagare avseende IÅ, IV och IF vid uppföljningstillfällena (1 och 2). All saknad data avser 1 deltagare från experimentgruppen och 3 deltagare från kontrollgruppen. För alla andra variabler (BFNE, LSAS, MÅ och MOI) förelåg all data från 11 deltagare. Anledningen till saknad data berodde på behandlarens oavsiktligt felaktiga inhämtning av skattningar vid uppföljningstillfällena.

Slutsatser: det totala urvalet i studien är litet till sitt antal, 11 deltagare. Det råder en ojämnheter i antal deltagare för respektive grupp, experimentgruppen består av 4 deltagare och kontrollgruppen av 7 deltagare. All saknad data från 24 skattningstillfällen påverkar resultaten för IÅ, IV och IF. Studien kan ur dessa aspekter ses lida av ett alltför litet urval och bortfall av data vilket påverkar samtliga resultat. Med dessa reservationer redovisas nedan resultat.

Deskriptiva data

Deskriptiva baslinjedata som innehåller medelvärden och standardavvikelser avseende ålder, psykometriska instrument och skattningsskalor kan utläsas i Tabell 1. Deltagarnas ålder uppvisade ingen signifikant skillnad mellan grupperna, detta trots en medelvärdesskillnad på 10,5 år: $t(9) = 0.95$, $p = 0.368$. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan experimentgruppen och kontrollgruppen avseende symtombild BDI-II: $t(9) = 0.41$, $p = 0.691$ och BFNE-II: $t(9) = 0.93$, $p = 0.378$. Däremot fanns en signifikant skillnad avseende LSAS-SR: $t(9) = 3.69$, $p = 0.005$ vilket visar att symtomatologin hos kontrollgruppen var allvarligare. Baslinjemätning för MÅ och IÅ visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna: MÅ: $t(9) = 1.81$, $p = 0.104$ och IÅ: $t(9) = 0.42$, $p = 0.687$. För IV och IF fanns signifikanta skillnader: IV: $t(9) = 2.83$, $p = 0.020$ och IF: $t(9) = 2.41$, $p = 0.039$ vilket innebar att deltagarna i kontrollgruppen upplevde den aktuella bilden mer levande och verklighetstrogen (IV) medan deltagarna i experimentgruppen upplevde att den aktuella bilden oftare gjort sig påmind under veckan som gått (IF). Ingen signifikant skillnad fanns mellan grupperna avseende deltagarnas initiala uttalanden av innebörd och betydelse av aktuell bild och minnesbild,

graden av negativt/positivt och hjälplöshet/kompetens: MOI-NP: $t(9) = 1.50$, $p = 0.169$ och MOI-HP: $t(9) = 1.33$, $p = 0.216$.

Tabell 1

Baslinjedata inklusive medelvärden och standardavvikelser för experimentgrupp och kontrollgrupp avseende ålder, psykometriska instrument och skattningsskalor.

| Mått | Experimentgrupp (n=4) | | Kontrollgrupp (n=7) | | Jämförelse | |
|------------|-----------------------|-----------|---------------------|-----------|--------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> (9) | <i>p</i> |
| Ålder | 30.5 | 19.67 | 41.0 | 16.57 | 0.95 | .368 |
| BDI-II | 31.5 | 9.5 | 28.3 | 13.8 | 0.41 | .691 |
| BFNE-II | 20.7 | 3.2 | 24.4 | 7.4 | 0.93 | .378 |
| LSAS-SR | 89.7 | 5.6 | 108.6 | 9.1 | 3.69 | .005 |
| MÅ | 48.7 | 34.7 | 81.4 | 25.4 | 1.81 | .104 |
| IÅ | 66.2 | 18.9 | 72.8 | 28.0 | 0.42 | .687 |
| IV | 57.5 | 25.0 | 88.6 | 12.1 | 2.83 | .020 |
| IF | 52.5 | 30.9 | 12.8 | 23.6 | 2.41 | .039 |
| MOI-NPföre | 1.7 | 0.6 | 2.4 | 0.9 | 1.50 | .169 |
| MOI-HPföre | 1.8 | 0.8 | 2.8 | 1.2 | 1.33 | .216 |

BDI-II=Beck Depression Inventory, second edition; BFNE-II=Brief Fear of Negative Evaluation, second edition; LSAS-SR=Liebowitz Social Anxiety Scale; MÅ=Minnesångest; IÅ=Ångest av aktuell bild; IV=Image vividness av aktuell bild; IF=Frekvens av aktuell bild; MOI-NPföre=Innebörd av bild, negativ/positiv dimension; MOI-HPföre= Innebörd av bild, hjälplöshet/kompetens dimension.

Effekter av imagery rescripting på symtom

Tabell 2 visar medelvärden och standardavvikelser för psykometriska instrument, skattningsskalor och innebörd av bilder mellan mättillfälle 1, 2, 3 och 4 (före och efter intervention, vid uppföljning 1, en vecka senare, och uppföljning 2, två veckor senare) för experimentgrupp och kontrollgrupp. Effektstorlek (Cohen's *d*) redovisas för varje variabel.

Tabell 2

Medelvärden och standardavvikelser för utfallsmått vid mättillfälle 1, 2, 3 och 4.

| Mått | Experimentgrupp ^a | | | | | | | | Kontrollgrupp ^b | | | | | | | | Cohen's d |
|---------|------------------------------|-----------|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|----------------------------|-----------|----------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|-----------|
| | Före | | Efter | | Uppföljning 1 | | Uppföljning 2 | | Före | | Efter | | Uppföljning 1 | | Uppföljning 2 | | |
| | <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> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | |
| BFNE-II | 20.75 | 3.20 | | | 18.50 | 4.36 | 19.50 | 2.52 | 24.43 | 7.41 | | | 26.43 | 6.24 | 26.00 | 6.45 | 1.33 |
| LSAS-SR | 89.75 | 5.62 | | | 91.25 | 8.85 | 84.50 | 8.54 | 108.57 | 9.14 | | | 109.29 | 16.00 | 110.71 | 19.73 | 1.72 |
| MÅ | 48.75 | 34.73 | 51.25 | 13.15 | 50.00 | 27.08 | 37.50 | 15.00 | 81.43 | 25.45 | 57.86 | 37.06 | 55.00 | 23.98 | 57.86 | 35.34 | 0.75 |
| IÅ | 66.25 | 18.87 | 65.00 | 17.32 | 60.00 | 20.00 | 33.33 | 15.27 | 72.85 | 27.97 | 62.14 | 35.10 | 57.50 | 32.27 | 62.50 | 30.96 | 1.19 |
| IV | 57.50 | 25.00 | 48.75 | 25.94 | 53.33 | 5.77 | 86.67 | 11.54 | 88.57 | 12.15 | 60.00 | 31.62 | 80.00 | 21.21 | 90.00 | 11.55 | 0.29 |
| IF | 52.50 | 30.96 | | | 40.00 | 40.00 | 36.67 | 47.26 | 12.86 | 23.60 | | | 27.50 | 5.00 | 30.00 | 14.14 | 0.19 |
| MOI-NP | 1.67 | 0.61 | 3.00 | 0.72 | 2.75 | 0.74 | 3.00 | 1.36 | 2.42 | 0.90 | 2.90 | 1.65 | 3.57 | 1.55 | 4.05 | 1.68 | 0.69 |
| MOI-HP | 1.83 | 0.84 | 2.92 | 0.32 | 3.08 | 1.20 | 3.58 | 1.29 | 2.76 | 1.23 | 3.14 | 1.86 | 3.67 | 1.46 | 3.81 | 1.68 | 0.15 |

BFNE-II=Brief Fear of Negative Evaluation. second edition; LSAS-SR=Liebowitz Social Anxiety Scale; MÅ=Minnesångest; IÅ=Ångest av aktuell bild; IV=Image vividness av aktuell bild; IF=Frekvens av aktuell bild; MOI-NP=Innebörd av bild. negativ/positiv dimension; MOI-HP= Innebörd av bild. hjälplöshet/kompetens dimension.

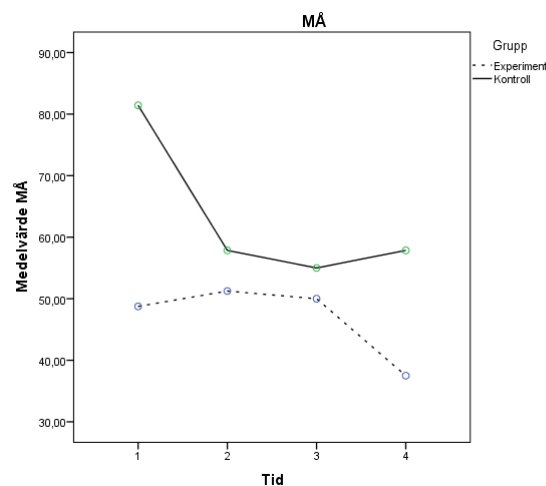
^a Experimentgrupp (n=4).

^b Kontrollgrupp (n=7).

Hypotesen att IR med emotionsreglering skulle leda till en större symtomreduktion än enbart IR testades med ANOVA analys avseende symtomvariablerna BFNE-II och LSAS-SR. Analys av BFNE-II (rädsla för negativ granskning och bedömning i sociala sammanhang) visade ingen signifikant interaktionseffekt, $F(2,18) = 1.359, p = 0.282$. För LSAS-SR (rädsla och undvikande i sociala situationer) återfanns heller ingen signifikant interaktionseffekt, $F(2,18) = 0.825, p = 0.454$ mellan experiment- och kontrollgrupp. Hypotesen att IR med inledande emotionsreglering minskar symtom förkastades.

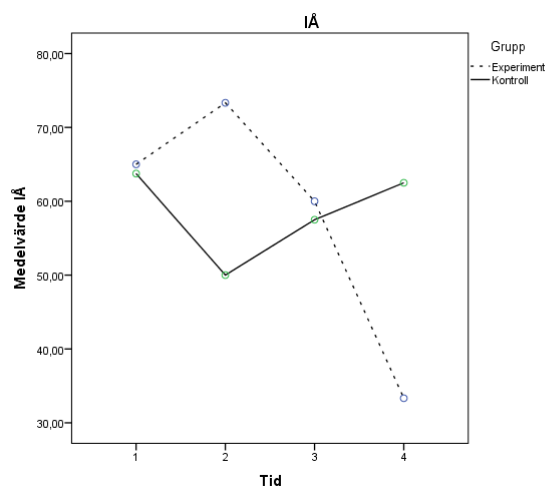
Effekter av imagery rescripting på minnesbild och aktuell bild

Data gav inget stöd för att IR med inledande emotionsreglerande åtgärd skulle ha större ångestreducerande effekt på deltagarnas minnesbilder (MÅ) än enbart IR, se figur 2. Hypotesen testades med ANOVA analys. Analysen visade inte på någon signifikant interaktionseffekt, $F(3,27) = 0.969, p = 0.422$. Hypotesen förkastades.



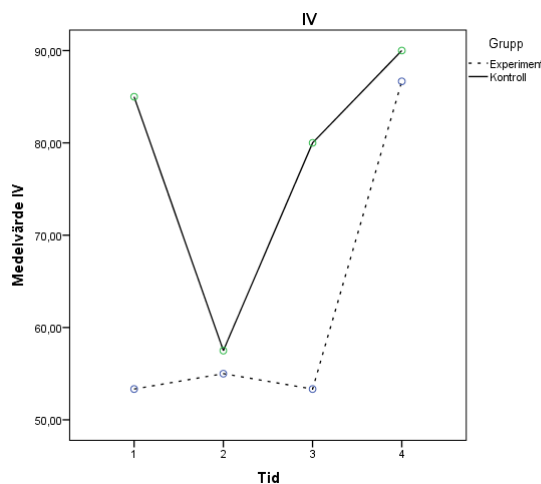
Figur 2. Förändringar av minnesångest (MÅ) för experimentgrupp och kontrollgrupp mellan mättillfälle före intervention, efter intervention, vid uppföljning 1 och uppföljning 2 (tillfälle 1-4).

En ANOVA analys avseende ångest relaterat till aktuell bild (IÅ) visade på en signifikant interaktionseffekt, $F(3,15) = 4.656, p = 0.017, eta = 0.482$ mellan grupp och mättillfälle, med en observerad statistisk power på 0.793 (figur 3). Resultatet härrörde sig från experimentgruppen, $t(2) = 4.00, p = 0.057$. Den signifikanta skillnaden infann sig mellan mättillfälle 2 och 4 (efter intervention och vid andra uppföljningen). Hypotesen bekräftades.



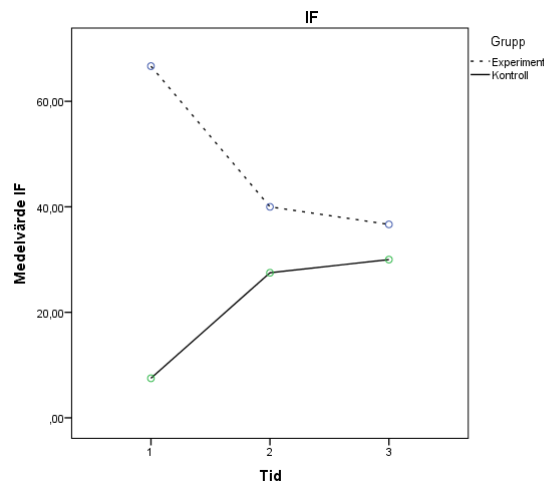
Figur 3. Förändringar av ångest kopplad till aktuell bild (IÅ) för experimentgrupp och kontrollgrupp mellan mättillfälle före intervention, efter intervention, vid uppföljning 1 och uppföljning 2 (tillfälle 1-4).

Vad gäller hypotes 3, att trygg plats bidrar till större minskning i IV än enbart IR gavs inget stöd i data, $F(3,15) = 1.518$, $p = 0.251$ (figur 4). Hypotesen förkastades.



Figur 4. Förändringar av upplevelsen av hur levande den aktuella bilden är (IV) för experimentgrupp och kontrollgrupp mellan mättillfälle före intervention, efter intervention, vid uppföljning 1 och uppföljning 2 (tillfälle 1-4).

Hypotes 4, att IR med emotionsreglerande åtgärd skulle leda till större minskning av frekvens (IF) än enbart IR testades även denna med ANOVA analys vilket resulterade i en signifikant interaktionseffekt, $F(2,10) = 4.490$, $p = 0.041$, $eta = 0.473$, med observerad statistisk power = 0.628 (figur 5). Hypotesen bekräftades.



Figur 5. Förändringar av hur frekvent förekommande den aktuella bilden är (IF) för experimentgrupp och kontrollgrupp, mättillfälle före intervention, uppföljning 1 och uppföljning 2 (tillfälle 1-3).

Effekter av imagery rescripting på MOI

Flertalet MOI som inhämtades före intervention var negativa till sin karaktär: ”jag är inte bra nog”; ”jag är dålig”; ”jag är konstig”; ”jag är inte normal”; ”det står inte rätt till med mig”. Vid sista uppföljningen, 2 veckor efter intervention, var några av deltagarnas uttalanden mjukare och något positivare: ”det var hemskt men jag tog mig igenom det, jag är stark”; ”normalt att vara lite nervös”; ”jag är mer förstående nu, det känns bättre och lite lugnare om vad andra kan tänkas känna om mig”; ”jag är den jag är”.

Hypotesen att IR med inledande emotionsreglering skulle medföra en större förändring i deltagarnas innebörd och betydelse av både aktuell bild och minnesbild (MOI, ”meaning of image”) testades med ANOVA. Inga signifikanta interaktionseffekter kunde påvisas: för MOI avseende ”negativt/positivt”, $F(3,27) = 0.361$, $p = 0.782$; för MOI avseende ”hjämlöshet/kompetens”, $F(3,27) = 0.154$, $p = 0.926$. Hypotesen förkastades.

Diskussion

Syftet med studien är att undersöka om en inledande emotionsreglerande åtgärd har betydelse för behandlingsutfallet av IR hos vuxna deltagare med SAD; minskar graden av symtom (graden av rädsla/ångest och undvikande samt graden av rädsla för negativ granskning och bedömning i sociala sammanhang), minskar ångest relaterad till tidiga minnesbilder och till aktuella nutida bilder, minskar upplevelsen av hur levande/verklighetstrogen den aktuella bilden är, att den aktuella bilden avtar i frekvens samt att en fördelaktig förändring uppstår av bildernas innebörd och betydelse. Studiens mål är således att undersöka om emotionsreglering kan förstärka effekten av IR.

Två hypoteser av totalt sex bekräftas i studien. Resultatet ger stöd för att IR med trygg plats ger ett bättre resultat avseende ångest som är relaterad till aktuell bild (IÅ) och frekvens av aktuell bild (IF) i jämförelse med IR utan trygg plats. Båda hypoteserna har en god observerad statistisk power som stärker slutsatserna. Resultatet ger däremot inget stöd för att IR med trygg plats minskar graden av symtom, minskar ångest som är relaterad till minnesbild (MÅ), minskar upplevelsen av hur levande/verklighetstrogen den aktuella bilden är (IV), eller förändrar innebörden/betydelsen av deltagarnas bilder (MOI).

Denna studie är den första i sitt slag, att undersöka om emotionsreglering kan förstärka effekten av IR. Nilsson et al. (2012) adderar förvisso trygg plats före och efter IR men deras forskningsfråga avsåg att undersöka IR:s effekt utan CR. Ingen diskussion förs således kring på vilket sätt en trygg plats påverkar behandlingsutfallet. Att det finns forskningsstöd för emotionsreglerande interventioner bekräftas dock bland annat av Gilbert och Procter (2006).

Avseende symtommätning med LSAS-SR (mätning av rädsla och undvikande i sociala situationer) så råder en ojämlikhet mellan grupperna enligt baslinjedata vilket påverkar resultatens tillförlitlighet. Kontrollgruppen har en signifikant högre symtomskattning. Att symtomskattningen är lägre (SAD av lägre svårighetsgrad) i experimentgruppen skulle kunna vara bidragande orsak till bättre behandlingsutfall i experimentgruppen.

Även för variablerna IV och IF råder en ojämlikhet mellan grupperna. Deltagarna i kontrollgruppen skattar verklighetsgraden av aktuell bild (IV) högre än experimentgruppen. Enligt Homer, Deeproese och Andrade (2016) är en hög IV ofta en markör för svårare symtomatologi vilket stämmer väl överens för kontrollgruppen. Experimentgruppen upplever initialt en betydligt högre frekvens av aktuell bild (IF) än kontrollgruppen vilket tyder på att experimentgruppen besväras mera ofta av sin aktuella bild.

Det är svårt att uttala sig om huruvida deltagarna i experimentgruppen, tack vare tillägget av trygg plats, har varit mer benägna att släppa taget om säkerhetsbeteenden och i högre grad vågat

engagera sig i visualiseringen än deltagarna i kontrollgruppen (Arntz, 2011). Eller, om trygg plats har aktiverat deltagarnas inre trygghetssystem (Lee och James, 2011; Andersson och Viotti, 2013) som kan ha gjort det lättare för deltagarna att tolerera ett återupplevande av obehagliga minnen.

Studiens resultat är sammantaget motstridiga. Emotionsreglering kan ses stärka effekten av IR för ångest och frekvens kopplad till aktuell bild även om behandlingseffekten för frekvens (IF) kan ifrågasättas på grund av skillnaderna i baslinjedata. Bakom resultatet för IF kan det dessutom dölja sig en sammanblandning av behandlingseffekten och en regression till medelvärdet, den senare stöds av kontrollgruppens uppgång mellan mättillfälle 1 och 2. För övriga variabler gör tillägget av trygg plats ingen skillnad. Detta talar överlag för att en emotionsreglerande åtgärd inte spelar någon nämnvärd roll även om studien ändå tillhandahåller lovande resultat till framtida forskning. Trygg plats har sammanfattningsvis inte medfört den förstärkande effekt på IR som förväntats av tillägget av en emotionsreglering.

Överväganden avseende behandlingsupplägg

Det som skiljer experiment- och kontrollgruppen åt är cirka två minuters manipulering med betingelse 1 (trygg plats) eller betingelse 2 (neutral visualisering). I framtida studier bör man utöka tiden för att skapa en emotionsreglerande trygg plats för att säkerställa att behandlingseffekter kommer utav en kombination av trygg plats och IR, och inte enbart av IR som metod allena. Kontrollbetingelsen, visualisering av neutral figur, framkallade för några deltagare en prestationsångest som laddade den neutrala betingelsen negativt, detta även om inga krav på välteckning betonades. Figuren i sig verkar ha upplevts neutral men inte uppgiften. I framtida studier bör man, om möjligt, säkerställa att kontrollgruppens uppgift är emotionellt neutral för deltagaren, exempelvis genom att mäta hudkonduktans eller hjärtfrekvens. Kanske behövs mer än en kontrolluppgift att tillgå för individuell anpassning.

Av totalt 11 deltagare blundade åtta deltagare under visualiseringsproceduren. Tre deltagare klarade inte att blunda på grund av oro/ångest, hörselskada eller av att den imaginära bilden ”svartnade”. Arntz och Weertman (1999) beskriver att det inte är en nödvändighet att blunda men att det sannolikt är hjälpsamt för att koncentrera sig på den mentala bilden. En deltagare ska dock aldrig tvingas att sluta ögonen, istället är det viktigt att problemlösa i stunden om anledning till svårigheten är känd. Således är behandlingseffekten inte beroende av att deltagaren blundar.

En annan utmaning var den att en deltagare hade svårt för att förstå följdfrågor och konceptet med olika skattningar, i enlighet med behandlaren's manuskript. Troligen kan behandlingen vara kognitivt utmanande för en del individer vilket för reflektionen vidare till vilka individer som behandlingen bäst lämpar sig och vilket behandlingsupplägg som bäst matchar gruppen av deltagare.

Urvalet i denna studie består av vuxenpsykiatriska patienter med en hög grad av komorbiditet, med påverkan av medicinsk behandling och i somliga fall en sedimenterad problematik med en svårighetsgrad som överstiger måttlig grad.

I tidigare forskningsstudier (Lee & Kwon, 2013; Frets et al., 2014; Nilsson et al., 2012; Norton & Abbott, 2016) diskuteras ett flertal aspekter som kan vara avgörande att belysa, och använda anpassat, för gott behandlingsutfall för psykiatrisk population: omfattningen av IR (en eller flera sessioner), IR som fristående behandling eller som integrerad teknik i en mer allomfattande KBT behandling och om IR ska föregås av CR eller inte. Resultaten från Norton och Abbott (2016) stödjer att IR är som mest effektivt när ett flertal sessioner genomförs och föregås av CR, för att utmana (Wild & Clark, 2011) dysfunktionella grundantaganden samt åstadkomma en intellektuell förståelse. Frågan om tillägg av emotionsreglerande åtgärder bör också tas i beaktande enligt framställningar av Arntz (2011), Hackmann et al. (2011), Lee och James (2011), Andersson och Viotti (2013) och Gilbert och Procter (2006).

Vid framtida studier med psykiatrisk population är det rimligt att i behandlingsupplägget ta hänsyn till ovanstående forskning för att anpassa behandling till population på bästa tänkbara sätt vilket lättast låter sig göras när en ökad kännedom om urvalet finns.

Styrkor och begränsningar

Studiens styrkor står att finna i design och procedur: designen, för att deltagarna parvis randomiserades (bör stärka uppnådda resultat) till respektive grupp samt att både experimentgrupp och kontrollgrupp erhöll behandling (styrka av etisk karaktär); proceduren, för att metoden är replikerbar, med utgångspunkt i ”intervju för identifikation av inre mentala bilder” och ”manuskript för behandlingssession”.

Studiens begränsningar är flera: urvalet är litet till sitt antal, 11 deltagare. Ojämnheten i grupperna (fyra deltagare i experimentgruppen och sju deltagare i kontrollgruppen) till följd av tre bortfall som redan randomiserats till experimentgruppen. Bortfallet av data till följd av behandlarens oavsiktligt felaktiga inhämtning av skattningar vid uppföljningstillfällena. Svag observerad statistisk power i flera Manova analyser bortsett från de två resultat med signifikanta interaktionseffekter. I deskriptiva data ses skillnader mellan grupperna avseende tre variabler vilket sannolikt har påverkat resultaten. Ytterligare en begränsning är, enligt behandlarens kliniska observation, att det förekommer en variation i deltagarnas visualiseringsförmåga. Denna studie innehåller ingen övningsuppgift före intervention för att säkerställa (manipulation check) deltagarnas föreställningsförmåga. Ingen ”manipulation check” görs i betingelse 1, trygg plats visualisering, däremot kan en indirekt ”manipulation check” ses göras i betingelse 2, neutral visualisering, när deltagarna uppmanas att

återge den neutrala figuren på papper. En indirekt ”manipulation check” kan även ses i deltagarnas skattning (0-100) av hur levande/verklig den aktuella bilden upplevs vara. Fortsättningsvis kan det vara av intresse att även ha ett mått på visualiseringsförmåga.

Etiska överväganden

En etisk aspekt värd att belysa är behandlingens förfaringssätt inom ramen för denna forskningsstudie. Samtliga deltagare var nya patienter för behandlaren. Redan vid andra mötet genomförs själva behandlingssessionen vilket innebär att deltagarna, utan en väl uppbyggd relation, terapeutisk allians, ombeds att blunda med en relativt okänd person under visualiseringen samt exponeras för svåra minnesupplevelser. En andra etisk aspekt är det faktum att behandlingen, en 1-sessionsbehandling, inte är att betrakta som en fullvärdig behandling. Då väntetiden för psykoterapi på mottagningen är lång har endast två deltagare kunnat erbjudas fortsatt individuell psykoterapi hos samma behandlare medan en tredje deltagare har erhållit gruppterapi i form av unified protocol (UP) hos annan behandlare. Även om deltagarna har lämnat informerat samtycke till sitt deltagande i studien infinner sig ett etiskt terapeutansvar, särskilt som deltagarna är patienter vid mottagningen.

Slutsatser

IR har i tidigare studier visat på goda resultat för vuxna deltagare med SAD (Morina et al. 2017). Syftet med denna studie var att undersöka vilken effekt en emotionsreglerande åtgärd som administreras före IR har för behandlingsutfallet hos patienter med SAD. Studien är betydligt begränsad av ett mycket litet urval och av grupper som inte är att betrakta som likvärdiga. Därför är slutsatserna svaga och trevande. Resultaten är emellertid något motstridiga. Inget stöd står att finna för att åtgärden med trygg plats leder till en bättre effekt av IR utöver den som erbjuds av enbart IR. Likväl verkar det som att tillägget av en trygg plats tenderar att förstärka effekten av IR avseende minskad ångest och frekvens relaterad till aktuell bild. Studien tillhandahåller sammantaget lovande uppslag till framtida forskning avseende betydelsen av emotionsreglering som ett sätt att förstärka effekten av IR.

Förslag till framtida forskning

Det vore intressant att i framtida forskning utöka tiden för att skapa en emotionsreglerande trygg plats, antingen genom en längre faktisk stund innan återupplevandefasen tar vid, och/eller genom att förbereda deltagarna under ett flertal sessioner före tre-fas-procedurens början. I ett sådant förfarande skulle möjligheten att undersöka och kontrollera deltagarnas visualiseringsförmåga lättare låta sig göras, att till exempel på passande sätt mäta förmågan för att öka validiteten i interventionen.

En längre tidsperiod för uppföljning, cirka tre månader, vore av intresse för att mäta effekten av behandlingen på längre sikt. Ett annat förslag är att replikera metoden till unga vuxna på BUP för att se vilken effekt behandlingen har när symtomen inte har blivit lika sedimenterade som för deltagarna i förestående studie.

Referenser

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Andersson, C., & Viotti, S. (2013). *Compassionfokuserad terapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Arntz, A. (2011). Imagery Rescripting for Personality Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 466-481.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H-J., & 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.
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual*. 5th ed. New York: The Guildford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2005). *BDI-II, Beck depression inventory* (2nd ed.). Sandviken: Psykologiförlaget AB.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. New York: Oxford University Press.
- Benton Sivan, A. (1991). *Benton Visual Retention Test – Fifth Edition*. Bromma: Pearson Assessment.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- 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 R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Ed.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp 69-93). New York: Guildford Press.
- Frets, P. G., Kevenaar, C. & Heiden, C. (2014). Imagery rescripting as a stand-alone treatment for patients with social phobia: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 160-169.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

- Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, E. A. (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- 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.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2005). Mental Imagery and Emotion: A Special Relationship? *Emotion*, 5(4), 489-497.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- 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.
- Homer, S. P., Deepröse, C. & Andrade, J. (2016). Negative mental imagery in public speaking anxiety: Forming cognitive resistance by taxing visuospatial working memory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 77-82.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G. & Turk, C. L. (2010). *Managing Social Anxiety, Workbook: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach (2 ed)*. Oxford: Oxford University Press.
- Kåver, A. (2014). *Social ångest, att känna sig granskad och bortgjord*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lee, D.A., & James, S. (2011). *The compassionate-mind guide to recovering from trauma and PTSD, using compassion-focused therapy to overcome flashbacks, shame, guilt and fear*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Lee, S. W. & Kwon, J-H. (2013). The efficacy of Imagery Rescripting (IR) för social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 351-360.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name? *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.
- Maack, D. J., Buchanan, E. & Young, J. (2015). Development and Psychometric Investigation of an Inventory to Assess Fight, Flight, and Freeze Tendencies: The Fight, Flight, Freeze Questionnaire. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44 (2), 117-127.

- Magee, 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. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D.M., Ades, A.E., & Phillipn, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 368-376.
- McEvoy, P. M., Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (2016). A clinician's quick guide of evidence-based approaches: Social anxiety disorder. *Clinical Psychologist*, 20, 103–104.
- Morina, N., Lancee, J. & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- Nilsson, J-E., Lundh, L-G. & Viborg, G. (2012). Imagery rescripting of early memories in social anxiety disorder: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 387-392.
- Norton, A. R. & Abbott, M. J. (2016). The efficacy of imagery rescripting compared too cognitive restructuring for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 18-28.
- Pilling, S., Mayo-Wilson, E., Mavranouzouli, I., Kew, K., Taylor, C., Clark, D.M. & Guideline Development Group (2013). GUIDELINES: Recognition, assessment. and treatment of social anxiety disorder: summaryof NICE guidance. *British Medical Journal*, 346 (7910), 34-35.
- Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756.
- Schenier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Åtta: 45 Tryckeri AB. Artikelnr: 2017-12-4.
- Vetenskapsrådet (2018). *Forskningsetiska principer, inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 4 februari, 2018 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- 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.
- Wild, J. & Clark, D.M. (2011). Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 433-443.

Bilagor

Bilaga 1. Komorbiditet och medicinering.

| Diagnos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| Personlighetsstörning UNS | x | | | | | | | | | | |
| Personlighetsstörning, fobisk | | | | | x | | | | | | |
| GAD | x | | | | x | | x | | x | | |
| ADD | | x | | | x | | | | | | |
| Recidiverande depression | | x | | | | | | | | | x |
| Medelsvår depression | | | | | | x | | | | | |
| Ätstörning | | | | | | x | | | | | |
| PTSD | | | | | | x | | | | | |
| (Nykter alkoholist) | | | | | | | | | | x | x |

| Medicin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| Lyrica | x | | | | | | | | | | |
| Lamotrigin | x | | | | | | | | | | x |
| Theralen | x | | | | | | | | | | |
| Concerta | | x | | | | | | | | | |
| Melatonin | | x | | | | | | | | | |
| Fluoxetin | | | | | x | | | x | | | |
| Mirtazapin | | | | | x | | | x | | | |
| Medikinet | | | | | x | | | | | | |
| Voxra | | | | | | x | | | | | |
| Oxascand | | | | | | x | | | | x | x |
| Buspiron | | | | | | x | | | | | |
| Paroxetin | | | | | | | x | | x | | |
| Lergigan | | | | | | | | x | | | |
| Oxycontin | | | | | | | | | x | | |
| Venlafaxin | | | | | | | | | | x | |
| Citalopram | | | | | | | | | | | x |
| Olanzapin | | | | | | | | | | | x |
| Saroten | | | | | | | | | | | x |

Bilaga 2. Intervju för identifikation av inre mentala bilder

Jag skulle vilja prata med dig om en del av det som händer med dig när det blir jobbigt och du oroar dig när du är tillsammans med andra. Det vanliga är att när folk blir oroliga och får ångest (jobbigt/obehag) 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 du alltså får ofta när du är tillsammans med andra personer! Får du den här bilden ofta?

Blunda – slut dina ögon – och försök för din inre syn mana fram just den bilden/föreställningen som du nämnde nyss. Berätta, vad händer? Vilka är där? Vad händer med dig? Är det denna bild som du får i andra sociala situationer också? (*T skriver på baksidan av uppgiftsblanketten*)

Vad är det värsta med denna bild? Vad säger den om dig som person?

Mullvada. (underlag till MOI) "meaning of image"

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*) "*image vividness*"

Hur pass mycket ångest/obehag har du när du har denna bild i huvudet?

Skatta skala: 0 = *ingen alls* till 100 = *extremt mycket/outhärdligt*

(*skatta på formulär IA*) "*ångest kopplat till bilden*"

Hur ofta har denna bild dykt upp under veckan som gått?

Skatta: 0 = *inte någon gång* till 100 = *ständigt - hela tiden*

(*skatta på formulär IF*) "*ångest kopplat till frekvens*"

Har du känt så här förut? När var det du första gången kände - så som du gör nu med den här bilden?

Hur gammal var du då? Berätta, vad händer? Vad utspelar sig?

(*Skriv på baksidan av uppgiftsblanketten, minnesbilden kan vara ursprunget till fobin/affektbrygga*)

Vad var det värsta med den? Vad tänkte du om dig själv då du befann dig i den situationen?

Mullvada. (underlag till MOI) "meaning of image"

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 MA*) "*minnesångest, till första gången bilden kom*"

Terapeuten summerar innebörden och den personliga betydelsen av patientens:

1) bild och 2) minnesbild

Får jag 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*) Vad säger bilden nu? Om dig som person/personlighet? Om du ser detta utifrån? Självbild? Vem du är? Hur du är som person?

(*grundantaganden enligt Hackmann*)

(*Fylls i på blankett MOI*) "*meaning of image*"

Bilaga 3. Manuskript för behandlingssession

Inledning

Då ska vi strax göra en visualisering. Det går till så att du får föreställa dig att du befinner dig i den situationen som vi nyss talade om – xxx – som hände för många år sedan. Du ska försöka ta dig in i den situationen... föreställa dig att du befinner dig i den... som om du drömmer att du är där/att det händer nu... En slags dagdröm (presens).

Men innan dess vill jag tala om hur vi gör. Det lättaste och förmodligen det bästa resultatet får vi om du gör visualiseringen med slutna ögon – så att inte andra synintryck stör din inre föreställning. Men du kan också ha ögonen öppna, ... men då istället fixera blicken på en punkt mitt emot dig, t.ex. på väggen framför dig. För att inte heller störa din visualisering kommer vi ibland att använda pekfingersignalen – dvs du lyfter pekfingret så här... som svar på min fråga typ: När du ser bilden riktigt tydligt och att det känns som att du befinner dig där vill jag att du signalerar med ditt pekfinger! Jag kommer också att be dig svara på mina frågor... svara då kortfattat utan att lämna den plats du befinner dig på... utan att gå ur den situation som du föreställer dig att du befinner dig i...

Då börjar jag med att be dig sätta dig bekvämt tillrätta, med fötterna isär och fotsulorna i golvet... låt armarna vila bekvämt på armstödet... eller utefter sidorna... (*Visa!*) Så kan du sluta ögonen och blunda eller om du föredrar... fixera blicken på en punkt på väggen framför dig.

För experimentgruppen: Trygg plats – emotionsreglerande visualisering

Nu ber jag dig föreställa dig att du befinner dig på en plats där du känner dig alldeles trygg. Det kan vara på en grönskande sommaräng... på stranden... i badkaret... eller någon annan plats du själv väljer. Spelar ingen roll vad du väljer bara att du känner dig trygg i den platsen. Signalera med ditt pekfinger när du kommit fram till en sådan plats...

OK, då kan du vara på den här platsen en stund... för att njuta... och känna dig lugn och avslappnad... (*ge pat 15 – 20 sek/tid att landa*). Det känns skönt/behagligt... lugnt och avslappnat. Det är denna plats du kan komma till för att koppla av och hämta ny energi och stärka dig själv.

Hur mår du nu? Skatta på en skala från 0 – 10 (där 0 står för inget obehag och 10 står för maximalt obehag).

För kontrollgruppen: Benton – neutral visualisering

Patienten får instruktionen att innan vi sätter igång med behandlingen vill vi ha ett mått på hens förmåga att bilda inre mentala bilder och hålla kvar dem i minnet. Jag lägger ett tomt pappersark plus en blyertspenna framför hen och säger:

"Nu ska vi först testa hur bra du är på att visualisera. Du ska strax få titta på en eller ett par bilder under en kort stund om ca 10 sekunder vardera. Försök att skapa dig, för din inre syn, en bild av figuren och behåll den i minnet så att du senare kan rita av den på det tomma arket som ligger framför dig. Du behöver inte göra någon konstnärlig teckning, bara rita av figuren från minnet så att alla delar kommer med."

Därefter plockar jag fram första bilden och håller den framför klienten på bordet i ca 10 sekunder. Ta sedan bort den (lägg den upp-och-ned) och be hen blunda och låt hen vänta ytterligare minst tio sekunder under tiden som du påminner hen:

"Bilda nu för din inre syn en bild, en kopia, av det du såg på bilden, som jag visade dig. Försök få med alla delarna. Signalera med ditt pekfinger när bilden är tydlig för dig."

Sudda inte ut bilden, behåll den för din inre syn, men öppna dina ögon, ta pennan och rita nu av din bild på papperet som ligger framför dig på bordet så som du har föreställt dig bilden. Försök få med alla delarna. Jag har inga krav på välteckning, bara rita så att jag kan se vad det är.”

Hur mår du nu? Skatta på en skala från 0 – 10 (där 0 står för inget obehag och 10 står för maximalt obehag).

Minnesbild

Nu ber jag dig sudda ut bilden och föreställa dig att du befinner dig i den situationen där du xxx (*T beskriver händelsen i minnesbilden*) Signalera med ditt pekfinger när du är där och att du har bilden klar. Berätta om platsen eller rummet du befinner dig i nu, vilka dofter, färger och ljud som du lägger märke till. Alla sinnen. Var är du? Vilka är där?

Återupplevande

1. Berätta, i din egen takt, vilka personer förutom du själv som finns med i rummet/platsen (situation när det är som jobbigast). Berätta vad som har hänt och vad som händer just nu. Hur känns det i kroppen... var i kroppen känns det... vilka känslor har du... vad du tänker på... vad gör du...

Hur mår du nu? Skatta på en skala från 0-10 (där 0 står för inget obehag och 10 står för maximalt obehag).

Bemästrande/omskrivning

2. Tala om för mig vad du helst av allt vill ska hända för att du ska kunna må bättre, eller att det ska bli bra för dig... (känn efter) ...vad du vill göra eller säga till den andre personen (eller de andra personerna) i rummet... Prova gör det nu! Säg eller gör! Vad vill du att den andre personen ska göra eller säga?

Hur mår du nu? Skatta på en skala från 0-10 (där 0 står för inget obehag och 10 står för maximalt obehag).

Nu kan du lägga märke till att dörren öppnas och in kommer du själv som vuxen. Du, stora-xxx (patientens förnamn), har hört och ser nu vad som händer i rummet mellan lilla-xxx och den andre personen. Vad tänker du som stora-xxx om det som händer...? Beskriv dina reaktioner...! Vad vill du göra/säga...? Hur kan stora-xxx hjälpa lilla-xxx? Gör det...! Säg det...! Eller, kan lilla-xxx hävda sig?

Hur mår du nu? Skatta på en skala från 0-10 (där 0 står för inget obehag och 10 står för maximalt obehag).

När den vuxne ställt allt tillrätta och avdramatiserat eller verklighetsförankrat situationen fortsätter vi med fas 3. Använd följande interventioner i tillämpliga delar!

Compassion

3. Du som stora-xxx hjälper nu lilla-xxx att förstå vad som hänt... och förklarar att det inte är lilla-xxx's fel... att den andre eller de andra (mamma/pappa/andra?) inte förstått vad hon/han/de gjort eller sagt... att det lätt blir så fel.

Vad skulle du som lilla-xxx behöva av eller göra med den andre personen/de andra (mamman/pappan/andra)...? Gör det (*t.ex. be om en kram, eller få sitta i hennes knä etc.*)

Du som stora-xxx ger lilla-xxx tröst, kramar, värme och kärleksfull förståelse för vad som hänt. (*Fokus på medkänsla/självmekänsla, trösta, omhändertata, mjukna*)

Hur mår du nu? Skatta på en skala från 0-10 (där 0 står för inget obehag och 10 står för maximalt obehag).

Slutlig skattning

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**) "*image vividness*"

Hur pass mycket ångest/obehag har du när du har denna bild i huvudet? Skatta skala:

0 = *ingen alls* till 100 = *extremt mycket/outhärdligt*

(skatta på formulär **IA**) "*ångest kopplat till bilden*"

Hur ångestladdad/obehaglig är minnesbilden på en skala från:

0 = *inte alls* till 100 = *extremt jobbigt, outhärdligt*

(skatta på formulär **MA**) "*minnesångest, till första gången bilden kom*"

Vad tänker du om dig själv nu om den situationen som du befinner dig i? Vad säger den om dig som person? *Mullvada*. (underlag till **MOI**) "*meaning of image*"

Tillbaka

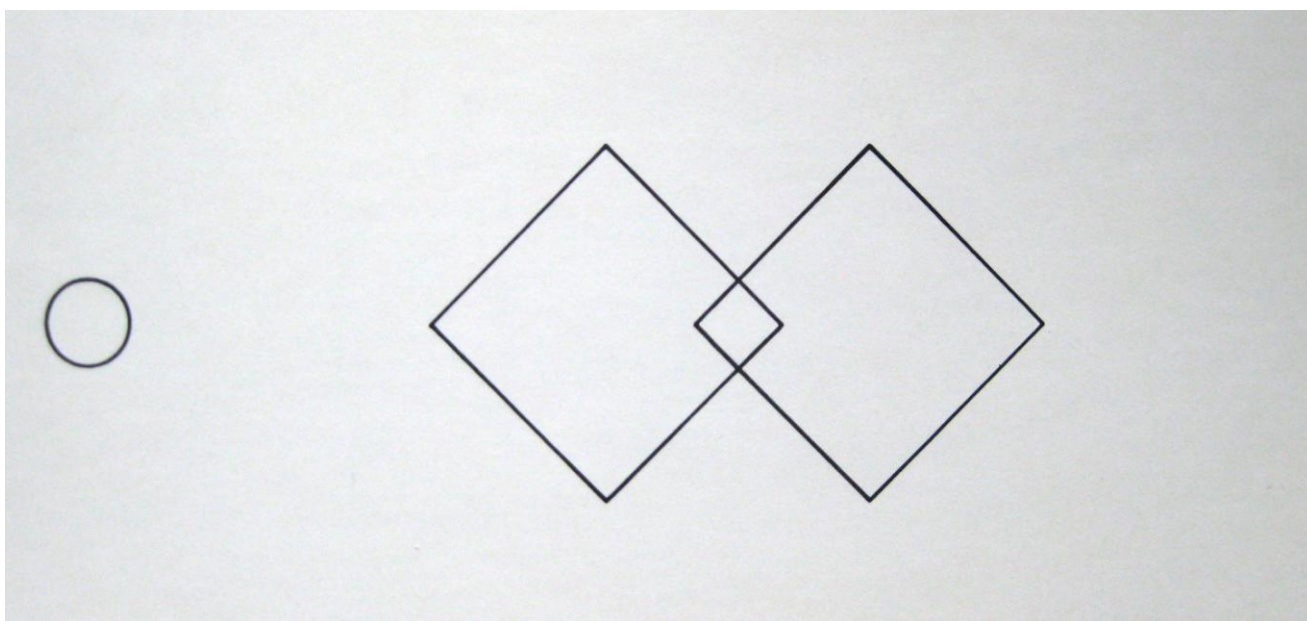
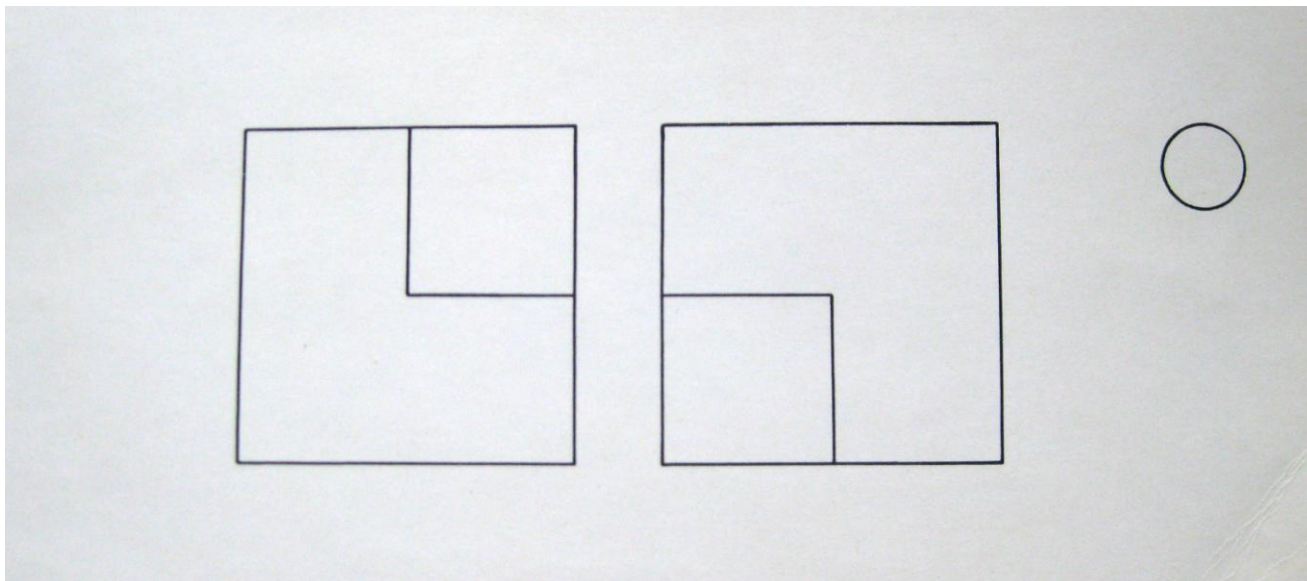
Nu kan du sudda ut bilden och återvända till nuet och rummet här. Om en liten stund räknar jag till tre (3), och när jag säger siffran tre öppnar du ögonen och känner dig då helt vaken. ETT... nu börjar du vakna... TVÅ... nästan vaken nu... och **T- R-E**... Helt vaken NU!

Avslutande intervju

av samtliga deltagare för att inhämta deras synpunkter på behandlingen

- a. *Hur var det här? Hur pass lätt tyckte du att det gick att uppleva/visualisera?*
- b. *Att du kunde åstadkomma de här förändringarna i bilden?*
 - i. *(bemästrande/compassion)*

Bilaga 4. Neutral visualisering.



Bilaga 5. Procedur

Första besöket: Informera deltagarna om studiens syfte och procedur. Inhämta bakgrundsdata med hjälp av semistrukturerad intervju. Undersöka exklusionskriterier. Inhämta informerat samtycke.

Andra besöket: Behandlingssession á 90 minuter.

- Administrering av BDI, LSAS, BFNE
- Skattning av ångest inför behandlingsintervention (SUDS 0-10)
- Semistrukturerad intervju för identifikation av inre mentala bilder (bilaga 2)
- Skattning:
 - Hur levande/verklighetstrogen den inre bilden upplevs (IV, 0-100)
 - Obehag/oro/ångest som väcks av den aktuella inre bilden (IÅ, 0-100)
 - Hur ofta den inre bilden förekommit den senaste veckan (IF, 0-100)
 - Den oro/ångest som minnesbilden väcker (MÅ, 0-100)
 - Meaning of Images (MOI)
- Visualisering i fyra steg för experimentgruppen (bilaga 3)
 - Trygg plats (emotionsreglerande visualisering) (SUDS 0-10)
 - Återupplevande (exponering genom imaginär visualisering) (SUDS 0-10 x 2)
 - Bemästrande/omskrivning (kognitiv omstrukturering) (SUDS 0-10)
 - Compassion (medkänsla/självmedkänsla) (SUDS 0-10)
- Visualisering i fyra steg för kontrollgruppen (bilaga 3 och 4)
 - Benton (neutral visualisering) (SUDS 0-10)
 - Återupplevande (exponering genom imaginär visualisering) (SUDS 0-10 x 2)
 - Bemästrande/omskrivning (kognitiv omstrukturering) (SUDS 0-10)
 - Compassion (medkänsla/självmedkänsla) (SUDS 0-10)
- Avslutande skattning:
 - Hur levande/verklighetstrogen den aktuella bilden upplevs (IV, 0-100)
 - Obehag/oro/ångest som väcks av den aktuella bilden (IÅ, 0-100)
 - Den oro/ångest som minnesbilden väcker (MÅ, 0-100)
 - Meaning of Images (MOI)

Tredje besöket: 7 dagar senare – uppföljning nr 1

- Administrering av LSAS, BFNE
- Skattning:
 - Hur levande/verklighetstrogen den aktuella bilden upplevs (IV, 0-100)
 - Obehag/oro/ångest som väcks av den aktuella bilden (IÅ, 0-100)
 - Hur ofta den aktuella bilden förekommit den senaste veckan (IF, 0-100)
 - Den oro/ångest som minnesbilden väcker (MÅ, 0-100)
 - Meaning of Images (MOI)

Fjärde besöket: 14 dagar senare – uppföljning nr 2

- Administrering av LSAS, BFNE
- Skattning:
 - Hur levande/verklighetstrogen den aktuella bilden upplevs (IV, 0-100)
 - Obehag/oro/ångest som väcks av den aktuella bilden (IÅ, 0-100)
 - Hur ofta den aktuella bilden förekommit den senaste veckan (IF, 0-100)
 - Den oro/ångest som minnesbilden väcker (MÅ, 0-100)
 - Meaning of Images (MOI)

- Deltagare avtackas och tipsas om biblioterapi (Social ångest: att känna sig granskad och bortgjord av Anna Kåver, 2014).