



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet vt 2021

Imagery rescripting som behandling vid Obsessive-Compulsive Disorder

Charlotta Andersson & Peter Olsson

Psykoterapeutexamenuppsats 2021

Handledare: Jan-Erik Nilsson

Examinator: Per Johnsson

Abstract

Imagery rescripting (ImRs) as a treatment for Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a relatively uninvestigated intervention as compared to Exposure with Response Prevention (ERP), which, due to extensive research is the golden standard psychotherapy for OCD. However, new findings in small sample studies have shown ImRs to be a promising treatment for obsessive and compulsive disorders, as it has earlier for other diagnostic states like health anxiety, social phobia among others. This study was carried out as a one-session treatment of 8 individuals meeting diagnostic criteria for OCD according to DSM-5. Due to a lack of a control group the study was conducted with a within-subjects design where comparisons were carried out between measurements before and after treatment. The results showed that ImRs had a significantly reducing effect on the participants intrusive images, consisting of both early and present images. The study showed a slight but significant reduction in symptoms measured with Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory Scale (Y-BOCS).

The limitations were mainly the small sample and the absence of a control group, but also the short baseline.

In conclusion ImRs may be a promising intervention for treating OCD, but further research is needed with larger samples, with a control group and a comparison between ImRs and ERP.

Keywords: Imagery rescripting, OCD

Sammanfattning

Imagery rescripting (ImRs) som behandling för tvångsproblematik (OCD), är en relativt outforskad intervention jämfört med Exponering med responsprevention (ERP), som baserat på omfattande forskning är den gyllene standardpsykoterapin för OCD. Emellertid har nya rön från mindre studier visat att ImRs är en lovande behandlingsmodell för tvångsproblematik liksom för andra diagnoser som hälsoångest, social fobi med flera enligt tidigare forskning.

Denna studie baserades på en-sessions behandling med 8 vuxna individer som bedömts möta kriterierna för OCD enligt DSM-5. Avsaknad av kontrollgrupp medförde val av en within-subjects design, det vill säga att resultaten baseras på före- och eftermätningar av behandlingssessionen inom gruppen. Resultatet visade att ImRs hade en signifikant reducerande effekt på deltagarnas påträngande inre bilder, bestående av såväl tidiga som aktuella bilder. Studien visade även på en liten men signifikant minskning av symtom som mättes med Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory Scale (Y-BOCS).

Begränsningarna i studien var främst de få deltagarna, frånvaron av kontrollgrupp samt den korta baslinjen.

Slutsatsen var att ImRs är en lovande intervention för OCD, men ytterligare forskning behövs på större antal deltagare, med kontrollgrupp och jämförelse med ERP.

Nyckelord: Imagery rescripting, OCD

Tack!

Vi skulle vilja tacka vår handledare Jan-Erik Nilsson för ovärderlig hjälp under uppsatsarbetet. Ett särskilt tack till de medverkande i studien som med sitt deltagande och sina erfarenheter gjorde arbetet möjligt.

Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Metod.....	13
Resultat.....	21
Diskussion.....	27
Referenser.....	31
Bilagor.....	37

Imagery rescripting som behandling vid Obsessive Compulsive Disorder

Tvångssyndrom eller Obsessive-compulsive disorder (OCD) är en heterogen psykiatrisk diagnos som kännetecknas av tvångstankar, (obsessioner) och tvångshandlingar, (kompulsioner), (Abramowitz et al, 2009). Tvångstankar är återkommande påträngande och ofrivilliga tankar, bilder eller impulser som upplevs oacceptabla och besvärande för individen och framkallar hög grad av ångest. Tvångshandlingar är viljestyrda beteenden, antingen observerbara och synliga, såsom handtvätt och kontrollerande, eller mentala aktiviteter såsom räknande, upprepande av ord, be böner, som utförs repetitivt i syfte att minska obehaget framkallat av tvångstankar, för att neutralisera dessa eller förhindra en fruktad händelse eller situation (A.P.A., 2013).

Tvång är inte ett nytt fenomen utan symtomen är kända sedan århundraden. Ett flertal beskrivningar har gjorts bl a av Esquirol år 1838, som beskrev tillståndet som en monomani eller som en partiell sinnessjukdom där den drabbade är ”kedjad till handlingar som varken förnuft eller känsla skapat och som medvetandet förnekar och vilja inte förmår trycka undan”, (Simpson & Reddy, 2014, s. 2).

En formell klinisk klassifikation har funnits sedan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1 (DSM-1) som publicerades 1952. Kriterierna förändrades i liten grad i DSM III-R och DSM-IV, där OCD klassificerades som en ångeststörning. I DSM-5 är OCD flyttad till en separat kategori för ”obsessive-compulsive” med relaterade problem (Black & Grant, 2014). I DSM-5 anges dysmorfofobi, samlarsyndrom, trichotillomani, dermatillomani och substansinducerad OCD som syndrom relaterade till tvångssyndrom då dessa syndrom involverar repetitivt tanke- och beteendemönster, följt av intensiv ångest om individen inte utför sina beteendemönster. I bedömningen av tvångssyndrom ingår att specificera graden av insikt och problematikens svårighetsgrad. För diagnos av OCD krävs att symtomen är tidskrävande (en timme om dagen eller mer) eller orsakar signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden. Symtombilden vid OCD brukar kategoriseras till fem olika dimensioner som innefattar kontroll, kontamination, symmetri, omoraliska tankar och samlande (Black & Grant 2014).

Långvariga besvär av OCD-symtom kan av den enskilda individen utvecklas till att uppfattas som en del av personligheten och kan medföra stora begränsningar och reducerad livskvalitet (Pedley et al., 2019). Till stor del handlar detta om hur individen upplever och

uppfattar sitt tillstånd, vilket kan innebära såväl begränsningar vid behandling, men också som ett mer befäst tillstånd. Exempelvis kan tvångssymtomen upplevas som ett personlighetsdrag och därmed som mer resistent mot förändring. Pedley et al. anser i sin studie att det är viktigt att se bortom de yttre symtomen på OCD, ex tvättning och kontrollbeteenden, och i stället undersöka hur individen upplever sitt tillstånd och hur detta kan komma till uttryck. Självbilden förändras i takt med att tvångssyndromet utvecklas och införlivas i personens upplevelse av sig själv, exempelvis via svårigheter att fungera i arbetet, i sociala situationer och på fritiden. Svårigheter med att bli av med sina symtom och negativa erfarenheter av tidigare behandlingar, medför en förväntan kring att tillståndet skulle kunna vara livslångt. OCD besvären blir alltmer sammankopplat med den egna personligheten. Deltagare i studien rapporterade oro för att deras tvångsbeteenden skulle påverka andra personer och närstående. En del personer utvecklade till exempel rädsla för att de skulle kunna skada andra direkt eller indirekt och att det därför är viktigt att kartlägga dessa drag tidigt för att öka engagemanget i behandlingen. Att lära sig hantera sin OCD bör också exempelvis riktas mot belastningen det innebär att leva med sjukdomen i en familjekontext.

Förekomst av samsjuklighet mellan OCD och tvångsmässig personlighet (OCPD) är vanlig (Reddy et al., 2016) och OCPD kan som en följd utvecklas till en copingstrategi för att hantera tvångssymtomen. Skillnaden är att personer med OCD besväras av och försöker bemästra sina symtom medan en person med OCPD strävar efter att ritualisera tillvaron på ett egosyntont sätt, d v s överensstämmande med individens personlighet och önskan. Denna skillnad i beteendets funktion inverkar på hur individer svarar på psykoterapeutisk behandling. Exponeringsterapi (ERP) har en större effekt på individer som upplever sina tvång som ångestskapande, medan samma behandling på OCPD ej reducerar symtom (Abramowitz et al., 2012) då tvångsbeteendet upplevs som mer önskvärt.

Diagnostiska kriterier för tvångssyndrom DSM-5 (300.3)

A. Förekomst av tvångstankar, tvång eller båda:

Obsessioner definieras av (1) och (2):

1. Återkommande och ihållande tankar, uppmaningar eller impulser som upplevs någon gång under störningen som påträngande och oönskade och som hos de flesta individer orsakar markant ångest eller ångest.

2. Individen försöker ignorera eller undertrycka sådana tankar, uppmaningar eller bilder, eller att neutralisera dem med någon annan tanke eller handling (dvs. genom att utföra ett tvång).

Tvång definieras av (1) och (2):

1. Upprepande beteenden (till exempel handtvätt, ställa i ordning, kontroll) eller mentala handlingar (t.ex. att be, räkna, upprepa ord tyst) som individen känner sig drivna att utföra som svar på en besatthet eller enligt regler som måste tillämpas styvt.

2. Beteenden eller mentala handlingar syftar till att förhindra eller minska ångest eller ångest eller förhindra någon fruktad händelse eller situation.

Emellertid är dessa beteenden eller mentala handlingar inte kopplade på ett realistiskt sätt med vad de är utformade för att neutralisera eller förhindra, eller är helt klart överdrivna.

B. Besattheten eller tvånget är tidskrävande (t ex tar mer än 1 timme per dag) eller orsakar kliniskt signifikant nöd eller försämring i sociala, yrkesmässiga eller andra viktiga funktionsområden.

C. De tvångssymptom som inte kan tillskrivas de fysiologiska effekterna av ett ämne (t.ex. ett missbrukande läkemedel, ett läkemedel) eller ett annat medicinskt tillstånd. tankeinsättning eller illusioner, såsom i schizofrenispektrum och andra psykotiska störningar; eller upprepade beteendemönster, som vid autismspektrumstörning), (A.P.A., 2013).

Epidemiologiska aspekter

Enligt världshälsoorganisationen WHO:s sammanställning av sjukdomar som leder till allvarlig funktionsnedsättning, rankas OCD som den tionde mest handikappande diagnosen (Murray & Lopez, 1996; Maloney et al., 2019).

Prevalens

Från att tidigare ha ansetts vara en ovanlig störning visar flertalet studier att livstidsprevalensen, ett mått på hur ofta något förekommer i befolkningen under individernas hela livstid, är 1%-3% världen över (Abramowitz et al., 2009; Kessler et al., 2005; Rasmussen & Eisen, 1992; Ruscio et al., 2010; Torres et al., 2006). Epidemiologiska studier visar att OCD är den fjärde vanligaste störningen efter fobier, missbruk och depression (Abramowitz, 1996; Markian et al., 2010).

Tvångssyndromets orsak är heterogen och ännu inte fullständigt klarlagd. Sannolikt bidrar genetik och fysiologi i samspel med miljö, temperament och livshändelser (Abramowitz et al., 2009; Markian et al., 2010). Enligt en meta-analys av Hettema et al., (2001) finns ett samband mellan OCD och genetiska och miljömässiga faktorer.

Tvångssyndrom förefaller vara lika vanligt i alla kulturer (Abramowitz et al., 2009, Markian et al., 2010). Män och kvinnor verkar drabbas i lika stor omfattning (Abramowitz et al., 2009; Adamet al., 2012; Markian et al., 2010).

Debutålder

OCD debuterar ofta smygande. Det vanligaste är att OCD startar under tonåren eller tidig vuxenålder, även om debut kan ske i barndomen eller sen vuxenålder (Abramowitz et al., 2009). Snittåldern för debuten ligger på ungefär 22 år (Narayanaswamy et al., 2012). Metaanalyser har påvisat att tidig debut för OCD skiljer sig från sen debut när det gäller symtombörda, komorbiditet och sämre mottaglighet för behandling (Narayanaswamy et al., 2012; Taylor, 2011). Tidig debut, i snitt 11 år, för OCD är vanligare hos män (Taylor, 2011) Obehandlad räknas sjukdomen vanligtvis som kronisk med låg frekvens av spontant tillfrisknande (Cromer et al., 2007).

Komorbiditet

Det är vanligt att OCD förekommer tillsammans med andra psykiatriska diagnoser och mer ovanligt att ha enbart OCD-diagnos. De flesta med tvångssyndrom har betydande samsjuklighet, vilket innebär en ytterligare påfrestning och belastning genom livet (Torres et al., 2006). Ett flertal studier påvisar att det finns hög komorbiditet med förstämningssyndrom och ångestsyndrom (Abramowitz et al., 2009; Kessler et al., 2005; Ruscio et al., 2010; Viswanath et al., 2012). OCD samexisterar också med ett antal andra Axell I-störningar

inklusive panikångest, GAD, social fobi, ätstörningar och Tourettes sjukdom (Rasmussen & Eisen 1992). Ångest och depression är de vanligaste komorbida diagnoserna med 65–85% livstidsprevalens. Färre än 15% har enbart OCD som enda diagnos. (Clark & Beck, 2010). Svårare depression i samband med OCD medför en ökad risk för suicid, jämfört med enbart OCD som ensam diagnos, (Viswanath et al., 2012)

Informationsbearbetning

Utmärkande för OCD är oönskade tankar, impulser och bilder i kombination med tvångsmässiga beteenden som är repetitiva, ritualiserade och ofta tidskrävande. Brister i kognitivt processande har på senare tid undersökts som en av flera orsaksfaktorer gällande OCD. Nedsättningar och inverkan på de exekutiva funktionerna påverkar och håller tillbaka individens förmåga att bevara, tillägna sig nya kunskaper och åter lära sig nödvändiga färdigheter för ett mer adaptivt fungerande (Yazdi-Ravandi et al, 2018). I den aktuella studien konstaterades signifikant försämrad kognitiv funktion hos OCD patienter jämfört med en frisk kontrollgrupp. Man fann även betydande korrelation mellan OCD symtomens allvarlighetsgrad och dålig kognitiv förmåga.

Teori

Mowrers två-faktorsteori (Mowrer, 1960) beskriver hur ett neutralt stimuli framkallar rädsla när det upprepande gånger förknippas med en situation som framkallar obehag. Detta stimuli kan vara en tanke såväl som ett fysiskt objekt, och när rädslan/obehaget sammanförs med detta stimuli utvecklas flykt/undvikandebeteende som ett sätt att hantera och reducera obehaget. Den kognitiva modellen för ångest (Clark & Beck, 2011) beskriver hur sättet vi tänker påverkar hur vi känner oss; en triggnande situation leder till oroliga tankar/värderingar, som leder till ångestpräglade känslor. Detta leder vidare till en ökad sårbarhet som kännetecknas av att individen upplever sig själv utsatt för inre eller yttre faror, över vilka individen saknar kontroll eller tillräcklig förmåga att tillhandahålla skydd. Rachman (2004) noterar hur rädda individer har större sannolikhet att överskatta graden av fara, vilket leder till aktivering av undvikandebeteende. Samtidigt har ångestfyllda individer svårt att uppfatta säkerhetsaspekterna i situationer som värderats hotfyllda och tenderar att undervärdera sin förmåga att hantera det upplevda hotet.

Rachman & Hodgson (1980) bidrog till utvecklingen av KBT behandling för OCD

genom sin beskrivning av hur tvångsproblematik baseras på individens förvrängda upplevelse och intolerans för olika slags påträngande mentala tankar och intryck. Som en följd uppstod ett behov och beteenden av att neutralisera och undvika obehag för att motstå påträngande upplevelser

Salkovskis (1985) presenterade en teori för OCD i vilken han hävdade att tvångsmässigt tänkande hade sitt ursprung i normala påträngande tankar. Om en individ värderar dessa tankar som viktiga, utifrån att uppleva ett utökat ansvar för att förhindra att skada för sig själv och andra, då leder dessa tankar till obehag/ångest. Salkovskis (1999) såg denna upplevelse av utökat ansvar som innehållande både varaktiga övertygelser och omedelbara uppskattningar av specifika påträngande tankar. Han definierade processen som en övertygelse om att individen har ett inflytande och ansvar som är riktat mot att medföra eller förhindra avgörande negativa resultat. Dessa resultat ses som viktiga att undvika och kan vara händelser i verkligheten såväl som på en moralisk nivå. Salkovskis teori baseras på följande antaganden;

1. Att tänka på en handling innebär detsamma som att utföra den.
2. Att misslyckas med att förhindra fara är lika med att orsaka skada.
3. Ansvar för skadan minskar inte genom försvagande omständigheter.
4. Att inte ritualisera som respons till en tanke, är likställt med en avsikt att skada.
5. Man måste ta kontroll över sina tankar.

Som en följd kan patienter med OCD uppleva tvivel avseende sina tankar men ha tillit till sina ritualer då de reducerar obehaget/ångest. Skillnaden mellan en påträngande tanke och en tvångstanke menade Salkovskis är hur den tolkas av individen. Två processer utpekades som kritiska för utvecklandet av tvångsbeteenden; värdering av ansvarstagande och förekomst av neutraliserande beteenden. Det huvudsakliga antagandet är att värderingen i sig är inte problemet, utan snarare den betydelse som individen tror sig uppnå genom ett kontrollerande beteende.

1995 bildade en grupp bestående av 46 OCD forskare Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) och 1997 identifierades sex områden av övertygelser som man menade grundlade OCD och skapade en kognitiv sårbarhet för tvångsproblematik. Utökat ansvar – övertygelsen att ha inflytande och kunna orsaka eller förhindra negativa händelser.

Överskattning av tankar – övertygelser att blotta närvaron av en tanke medför att den är viktig.

Överskattning av hot – en överdriven förväntan eller allvarlighetsgrad kring befarad skada.

Vikten av att kontrollera tankar – övervärdering av vikten av att ha full kontroll över påträngande tankar, bilder och impulser och övertygelsen att detta är både möjligt och önskvärt.

Intolerans för osäkerhet – antaganden om nödvändigheten att vara säker, den personliga oförmågan att handskas med spontana förändringar samt svårigheten att fungera i mångtydiga situationer.

Perfektionism – tendensen att tro att det alltid finns en perfekt lösning på varje problem, att utföra något perfekt (utan misstag) är inte bara möjligt utan nödvändigt och att även små misstag kommer att medföra allvarliga konsekvenser (OCCWG, 1997)

Enligt Foa (2010) representeras det beteendemässiga undvikandet i OCD av de återkommande ritualerna och upprepningarna, vilka förstärks genom att de bidrar till kortsiktig lindring av det upplevda obehaget. Mowrers teori förklarar hur rädsla förvärras och stämmer även väl överens med hur ritualer vidmakthålls. Vidare anger Foa hur OCD kännetecknas av felaktiga kognitioner genom att OCD-patienter kopplar samman hög sannolikhet för fara med neutrala situationer. Vidare så överdrivs konsekvenserna av den inbillade faran. Exempelvis om det inte går att bevisa att en situation inte är hotfull så blir den per automatik farlig och måste hanteras med ritualer.

Behandlingsformer

Baserat på omfattande forskning rekommenderas KBT och exponering med responsprevention (ERP) som prioriterad intervention för OCD. Behandlingen innebär en gradvis ökad exponering i situationer som framkallar hot eller obehag, samtidigt som patienten avstår från att utföra en ritual eller säkerhetsbeteende (NICE 2005; SBU 2005; Socialstyrelsen, 2020). Trots utveckling av behandlingsformen ERP, kvarstår skillnader kring behandlingsutfall och godtagbarhet. Mer än 25% av patienterna avbryter behandling och av de som kvarstår misslyckas 20% med att tillgodogöra sig behandlingen (Abramowitz, 2006).

Behandling med SSRI medicin rekommenderas som prioritetsgrad 2 vid OCD hos vuxna patienter (Socialstyrelsen, 2020)

Imagery

Användande av imagery-baserade tekniker inom psykoterapi har en lång historia. Schamaner brukade tekniken som helande praktik för uppskattningsvis 20 000 år sen och framåt för att förändra medvetna och omedvetna kognitiva processer. Även i forntida Egypten och Grekland beskrivs historik kring bruk av dessa tekniker. Inom tibetansk buddhism, kristendom med flera religioner och vidare genom historien, användes visualisering och aktivt fantiserande för att ge mening åt subjektiva beskrivningar och psykologiska förklaringar av individuella erfarenheter och beteenden (Hackman et al., 2011).

Under mer närliggande tid, från 1900-talet och framåt, har personer som bl. a. Sigmund Freud, Carl G Jung m. fl. fortsatt att utforska och beskriva den inre subjektiva världen hos sina patienter. John Watkins publicerade en artikel redan 1961 i vilken han beskrev ”*the affect bridge technique*”, d.v.s. patienten fokuserar på en aktuell stressande känsla och använder densamma för att brygga tillbaka till ett tidigare minne (Watkins, 1971)

Gestaltterapi och en av dess grundare, Fritz Perls (1893–1970) anses ha haft betydelse för hur kognitiva terapeuter har influerats av studier kring hur invariant kognitivt och emotionellt undvikande kunde adresseras genom visualiseringstekniker (Edwards, 2007) Aaron Becks forskning och teoribildningar baserades delvis på kliniska erfarenheter av hur patienters inre bilder influerade och påverkade såväl affekter som motivation och overta beteenden. Becks bakgrund i psykoanalytisk teori, i kombination med ett integrativt förhållningssätt, ledde fram till utveckling av en kognitiv teoribildning som bl. a. innefattade ett tvådelat system för informationsprocesser; ett mer rationellt system och ett annat mer automatiskt och lätt-aktiverat system. När olika stimuli aktiveras sätts kognitiva responser i gång i ett kontinuum från det verbala till det visuella; från automatiska tankar till spontana dagdrömmar m m (Edwards, 2007). Betydelsen av inre bilder i tolkningsprocessen av händelser och stimuli har fått betydelse för hur den kliniska bilden av olika störningar och diagnoser kan förstås och tillämpas i behandling. PTSD, personlighetsstörningar, specifika fobier, social fobi, agorafobi, OCD, depression, ätstörningar, dysmorfofobi och hälsoångest är alla exempel på diagnoser vars patienter rapporterar förekomst av ångestskapande inre bilder. Genom att adressera dessa bilder och om-attribuera betydelsen av tolkningar kan nya och mer gynnsamma känslomässiga mönster knytas till ursprungsupplevelsen av den inre bilden (Arntz & Jacob, 2013). Ofta är dessa bilder diagnosspecifika (Hackman & Holmes, 2004) och

vid t.ex. OCD upplevs de inre bilderna mer förknippade med stress, ritualer och undvikande än verbala tankar. Att arbeta med att låta patienter visualisera de inre bilderna har ofta en kraftfullare effekt på tillhörande känslorna än att försöka processa dessa verbalt (Stopa, 2009). Speckens et al. (2007) undersökte förekomst av mentala bilder hos patienter med OCD (n=37) och möjliga samband med tidigare ogynnsamma upplevelser och händelser. 81% rapporterade mentala bilder som huvudsakligen bestod av minnen av ogynnsamma händelser (34%) eller var associerade med dessa händelser (45%). Patienter som angav förekomst av mentala bilder hade högre grad av tvångssymtom, övertygelser kring ansvarstagande samt mer ångest än de patienter som ej rapporterade inre mentala bilder. Det fanns också en tydlig koppling mellan påträngande aktuella bilder och tidigare upplevda besvärliga händelser samt att långvarig OCD befäste denna relation.

Imagery rescripting

Imagery rescripting, (ImRs), är en terapeutisk intervention som adresserar tidigare minnen av erfarenheter som är associerade till den nuvarande situationen eller problemen. Genom att föreställa sig att händelseförloppet förändras i en önskvärd riktning, har kraftfulla terapeutiska resultat noterats (Arntz, 2012). Syftet är alltså att påverka och förändra innebörden av emotionellt laddade minnen och inre bilder för att uppnå ett bättre mående och en ökad förmåga till empowerment (egenmakt).

I det antika Grekland tog templets präster olika gudomligheter till hjälp under visualiseringen för att intervensera, hela och skapa positiva förändring för de personer som sökte hjälp.

Denna ”rescripting” eller ”omskrivning” utförs i terapeutiska sammanhang numera av att patienten i sin vuxna identitet själv träder in i händelseförloppet och bistår sig själv i det utsatta läget eller situationen. Syftet är att åstadkomma varaktig kognitiv och emotionell förändring. När patienten beskriver den utsatta situationen och inte själv förmår agera, kan visualiseringen utvidgas med att någon annan person, terapeuten eller någon tillitsfull person, hjälper till och bistår att förändra förloppet i önskvärd riktning. Fördelen med att patienten får agera både som utsatt och som den som ställer till rätta är väldigt läkande och kraftfullt.

Sammanfattningsvis vägleds patienten genom olika faser under en ImRs session. Arntz och Weertman (1999) beskriver tre huvudsakliga faser:

1) återupplevande (reliving), 2) bemästrande (mastering), och 3) självmedkänsla (compassion). Syftet är att öka patientens upplevelse av egenmakt och förmåga till sunt

agerande.

Ursprungligen utvecklades ImRs för behandling av vuxna som utsatts för sexuella övergrepp (Smucker & Niederee, 1995), men har fått en ökad användning bl.a. inom schematerapi (Young et al, 2003) där visualisering och bearbetning av tidigare händelser är en central del i behandlingen.

Imagery rescripting vid ocd

Under det senaste decenniet har ett ökat intresse uppstått för att finna komplement till exponering med responsprevention (ERP) vid behandling av OCD och dess diagnostiska subgrupper.

Speckens et al. (2007) påtalar att ihållande och återkommande påträngande bilder är en stor del av problematiken för OCD och hänvisar till studier som påvisat att individer med social fobi mer ofta har påträngande inre bilder när de får ångest i en social situation, än vad kontrollgrupp har. Dessa inre bilder var mer negativa och förvrängda jämfört kontrollgrupp, och involverade tidigare minnen av sociala situationer som upplevts aversiva. I artikeln hänvisas till liknande resultat för med individer dysmorfofobi och individer med agorafobi. I studien av Speckens et al., undersöktes hur allmänt förekommande inre bilder var hos individer med OCD. Studien fann att 80% av de 47 deltagarna uppvisade mentala bilder och studien var den första av sitt slag.

Holmes och Mathews (2010) menar i sin översiktsstudie att inre bilder på ett kraftfullt sätt kan framkalla emotionella reaktioner och har därmed en stor klinisk användbarhet för flera olika diagnoser och tillstånd. Studien framhåller minst tre olika sätt som relationen mellan upplevda bilder och affekter blir tydliga; a) som en direkt påverkan på känslsystem i hjärnan som är mottagliga för stimuli, b) som överlappning mellan processer för mentala bilder och perception och upplevelsen ”som-om”(as-if) vid reella känslöväckande händelser, och c) bilder har förmågan att skapa kontakt med minnen av känslomässiga episoder tidigare i livet. Härmed indikeras att imagery-interventioner kan ha en stark klinisk relevans vid behandling av olika symtom och diagnoser, bl a OCD, p g a de inre bildernas större påverkan på emotionella upplevelser jämfört med verbala interventioner.

Flera forskare har inspirerats av Speckens et al. (2007) arbete, av Holmes och Mathews (2010) gedigna kartläggning av olika möjligheter som arbete med imagery kan ge. Här ett litet axplock från undersökningar av ImRs´ effekter vid behandling av OCD.

Veale et al., (2015) fann i en fallstudie med en single-case design och varierande baslinjeperioder att 5 av 12 klienter uppnådde en kliniskt signifikant minskning av symtom enligt YBOCS efter en behandling. Vid tre månaders uppföljning hade ytterligare två patienter blivit signifikant bättre. Veale et al konstaterade att ImRs var en lovande intervention för patienter med påträngande inre bilder och obehagliga minnen. Maloney et al., (2019) har undersökt effekten av ImRs hos 13 patienter som ej svarade på standard KBT behandling för OCD, d.v.s. exponering med responsprevention (ERP). Studien innefattade 1-6 behandlingar med ImRs tills patienterna nådde en minskning av 35% i YBOCS. 12 av 13 patienter redovisade vid uppföljning symtomminskning med $\geq 35\%$ varav 6 patienter endast erhöll en ImRs behandling. Dessa båda studier uppvisar liknande resultat, om än med ett litet deltagarantal.

Fink et al., (2018) undersökte ImRs behandling av subgruppen med kontaminationssymtom vid OCD och de förekommande upplevelserna av affekterna rädsla och avsky kopplat till upplevda kontaminerade stimuli. Även om man ansåg att ERP är en bra behandling för kontaminationstvång, ville man undersöka effekten av ImRs och kognitiv omstrukturering riktad mot upplevd avsky. Resultatet visade att de båda affektreglerande teknikerna minskade förekomst av avsky på kort sikt jämfört med en neutral intervention.

Strachan et al. (2020) beskriver och undersöker hur ImRs kan användas kliniskt för behandling av bl a OCD och menar att det finns en del evidens som talar för att ImRs kan påverka minnesprocesser och maladaptiva scheman. I en studie kring social fobi (Nilsson et al., 2012), fann man ex. stöd för kognitiv omvärdering hos deltagarna avseende hur de upplevde sig själva och situationer: i mer positiva termer, mindre grad av hjälplöshet samt högre upplevelse av egenmakt och attraktivitet.

ImRs associeras med reduktion av OCD relaterad ångest och symtom menar Strachan et al. och beskriver att det behövs mer forskning kring a) systematiska jämförelser av ImRs och etablerade interventioner, b) utvärdering av ImRs för ångeststörningar, c) testbaserade, teoretiserade förändringsmekanismer och d) utvärdering av modererande faktorer och behandlingsvariationer av terapieresultat. Sammantaget menar Strachan et al. att det finns få studier gjorda på ImRs behandling av OCD och de som finns är baserade på få deltagare.

Syfte

I denna studie är vi intresserade av att undersöka effekten av en sessions ImRs behandling vid OCD genom för- och eftermätning av skattade symtom hos vuxna patienter.

Hypoteser

Vi förväntar oss att klienter med OCD som behandlats med ImRs kommer att uppvisa:

- Minskad grad av ångest vid tidig minnesbild (MÅ).
- Minskad grad av ångest vid aktuell bild (IÅ).
- Minska upplevelsen av hur levande den aktuella bilden är (IV).
- Minska frekvens av aktuell bild (IF).
- Minskad upplevelse av vad den inre bilden säger om deltagaren och hur pass övertygad man är om att detta stämmer med verkligheten (EB).
- Minskad upplevelse av tvångssymtom (YBOCS).

Metod

Design

Studien var från början upplagd med en experimentell design, med en experimentgrupp och en kontrollgrupp, kombinerat med före- och eftermätning inklusive två uppföljningstillfällen. Avsikten var att undersöka interventionen ImRs och mäta utfallet för behandlingsgrupp och kontrollgrupp för patienter med OCD. På grund av bortfall som framförallt drabbade kontrollgruppen beslutade vi att begränsa studien till enbart före- och eftermätningar och en kvasiexperimentell inomgruppsdesign, där deltagarna utgör sin egen kontrollgrupp. Detta möjliggjordes genom en baslinjemätning av alla deltagarna en vecka före (Mättillfälle 1) och med en mätning före behandling (Mättillfälle 2) där utfallet kunde jämföras med före och efter behandling (Se tabell 1). Sammanlagt innefattade studien fem mättillfällen.

Tabell 1

Studiens design

	Session. 1		Session 2				Uppföljningar 1 och 2		
Mät tillfälle	1		2		3		4		5
	Baslinjemätning 1	Sju dagar senare.	Baslinjemätning 2		Eftermätning	Sju dagar senare	Uppföljning 1	En månad senare.	Uppföljning 2
	MADRS		Y-BOCS	B	IÅ		Y-BOCS	.	Y-BOCS
	Y-BOCS		OCI-R	E	MÅ		OCI-R		OCI-R
	OCI-R		BAI	H	IV		BAI		BAI
	BAI		IÅ	A	EB		IÅ		IÅ
	IÅ		MÅ	N			MÅ		MÅ
	MÅ		IV	D			IV		IV
	IV		IF	L			IF		IF
	IF		EB	I			EB		EB
	EB			N					
				G					

Not: IÅ= Grad av ångest som väcks av den aktuella bilden; MÅ=Grad av ångest som väcks av minnesbilden. IV=Hur levande upplevs den inre bilden; IF= Hur ofta individen har tänkt på den inre bilden senaste veckan; EB= Individen får svara på frågan "Vad säger den här bilden om dig och hur pass övertygad är du om att detta stämmer med verkligheten.

MADRS=Montgomery Åsberg Depression Rating Scale; Y-BOCS=Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory Scale; OCI-R= Obsessive Compulsive Inventory- Revised; BAI=Beck Anxiety Inventory

Undersökningsdeltagare

Deltagare rekryterades från olika allmänpsykiatriska kliniker och vårdcentraler lokaliserade i Södra Skåne. Ledningen vid de olika mottagningarna informerades och gav sitt samtycke. En flyer med en kort information om studien, dess syfte samt aktuella kontaktuppgifter formulerades och sattes upp i väntrummen på de olika mottagningarna. Deltagare rekryterades även via kollegor på mottagningen, främst efter kontakt med läkare, och med sjuksköterskor vid inkommande telefonsamtal för tidsbokning. Även Studenthälsan vid Lunds universitet kontaktades för information och rekrytering av deltagare.

Sjutton klienter som uppfyllde kriterierna för OCD enligt DSM-5 och hade fyllt 18 år samtyckte till att delta i studien. Samsjuklighet var inget hinder för att delta i studien, men klienter som hade missbruksproblem, psykosjukdom, hjärnskada, var suicidala, hade annan pågående psykoterapeutisk behandling eller nyligen påbörjad medicinering exkluderades. De som hade pågående medicinering under minst tre månader inkluderades. Deltagarna fördelades till behandlingsgrupp respektive kontrollgrupp med hjälp av ett parvis randomiseringsförfarande. Vid första besökstillfället användes delar av M.I.N.I, internationell neuropsykiatrisk intervju (2015) i syfte att bekräfta att deltagaren uppfyllde kriterierna för tvångssyndrom, klargöra samsjuklighet och att deltagaren inte uppfyllde någon av uteslutningskriterierna. Diagnosen ställdes av författarna då individerna var grovsållade före första besöket. Ytterligare vid första besöket användes Y-BOCS intervjudel och symtomlista för kartläggning av innehåll gällande tvångstankar och tvångshandlingar. De individer som deltog i studien intervjuades med frågor om ålder, utbildning, andra diagnoser och antal år med tvångssyndrom. För de individer som fick behandling och deltog i studien och framkom samsjuklighet med depression, autism, hälsoångest, GAD (Generaliserat ångestsyndrom), social fobi, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), paniksyndrom, ätstörningar, schizoaffektivt syndrom, ASD (Asbergers syndrom) IBS (Irritable Bowel Syndrome) och sömnstörning. Fyra deltagare beskrev att deras OCD debuterade i tonåren. Två angav att de hade haft OCD sedan barndomen och två deltagare svarade att deras OCD utvecklades i vuxen ålder efter påfrestande livshändelser.

Bortfallsanalys

Sex av de som hade samtyckt till att delta hoppade senare av studien. Tre av dessa, två män och en kvinna, hade randomiserats till behandlingsgruppen, övriga till kontrollgruppen.

Två av de som hoppade av från behandlingsgruppen avbokade sig före intervjuerna, därav finns ingen insamlad data. Skälen som deltagarna angav var att de upplevde sig inte orka med en behandling. Den tredje deltagaren som randomiserats till behandling, ströks under intervjun av behandlaren pga. av hög suicidrisk och ingen skattning gjordes för denna deltagare. Den samlade diagnosbilden för avhopparna från behandlingsgruppen var bipolär sjukdom, recidiverande depression, ospecificerat ångesttillstånd, depression, hög suicidrisk och paranoida symtom. För de tre som randomiserats till kontrollgruppen avböjde en före intervju, en deltagare ströks under intervjun pga. att ha inbokats till annan psykologisk behandling. Den tredje var grovsållad före intervjun med Y-BOCS självskattningsformulär med 10 frågor, men avbokade då hen informerades med att ha blivit randomiserad till kontrollgrupp. För deltagarna som avböjde från kontrollgruppen fanns en samsjuklighet med depression, paniksyndrom, bulimi (Bulimia nervosa), autism och BDD, (Dysmorfofobi).

Inga skattningar gjordes för de tre som avböjde ur behandlingsgruppen.

Könsfördelning i behandlingsgruppen var sju kvinnor och en man, och ur avhoppen var fördelningen två män och en kvinna. Vid jämförelse av behandlingsgrupp och avhopparna fann vi att medelåldern var högre för de som avböjde. I behandlingsgruppen var medelåldern 25,7 år och för de som avböjde var medelåldern 38,7. Beträffande jämförelse av grupperna utifrån antal år med OCD fanns endast en deltagares utsaga från avhopparna, vilket var OCD sedan barndomen. När det gäller symtombörda i behandlingsgruppen och avhopparna kan det konstateras att en deltagare fick strykas pga. hög suicidrisk, men i övrigt var grupperna likartade med en blandad symtombild beträffande samsjuklighet. Vi har inte kunnat jämföra med bakgrundsdata såsom yrke och utbildning då dessa data saknas.

Instrument

De primära utfallsmåtten uppmättes med frågeformulären YBOCS och OCI-R. MADRS och BAI och administrerades för att ge möjlighet till att kontrollera för depressivitet och ångest. Sekundära utfallsmått togs fram via skattningar av ”imagery” (minnes- och aktuella bilder).

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)

MADRS-S utvecklades av Montgomery och Åsberg (1979) och är ett vida använt självskattningsformulär som används för bedömning av svårighetsgraden för depression (Ntini et al 2020). MADRS-S består av nio items för att mäta sinnesstämning, oros känslor,

sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism samt livslust. Vid ifyllande ges instruktionen ”Sätt en ring runt siffran som du tycker bäst stämmer med hur du mått de senaste tre dagarna”. Varje item skattas enligt en sjugradig skala. Frågorna besvaras från 0 till 6 poäng och totalpoängen varierar från 0 till 54 poäng. Ju högre poäng ger indikation på högre grad av depression. Studier på vuxna visar Cronbachs alfa på 0.76 - 0.94 i olika översättningar (Ntini et al 2020)

Obsessive Compulsive Inventory- Revised (OCI-R)

OCI-R utvecklades av Foa et al. (2002) och är ett självskattningsinstrument som mäter allvarlighetsgraden av symtom vid tvångssyndrom. Instrumentet innehåller 18 item som skall besvaras utifrån hur mycket varje upplevelse har bekymrat eller stört under den senaste månaden och ska besvaras på en femgradig skala från 0 = inte alls, till 4 = extremt mycket. Skalan består av 6 olika delskalor som innefattar tvättning, kontrollerande, iordningställande, ritualer, samlande och neutralisering. OCI-R är ett av de mest välanvända självskattningsformulärens för skattning av OCD och Cronbachs alfa är från 0.88 till 0.92 (Wotton et al, 2015).

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory Scale (Y-BOCS)

Y-BOCS utvecklades av Goodman et al (1989) och är ett instrument som mäter svårighetsgraden vid OCD. Formuläret skall besvaras utifrån symtom de senaste sju dagarna, inklusive dagen för ifyllande. Instrumentet är ett av det mest använda skattningsformuläret för mätning av OCD, (López-Pinaet et al., 2015) och består av 10 frågor för bedömning tvångstankar och tvångshandlingar. Frågorna ska besvaras på en femgradig skala från 0 (inga symtom) till 4 (extrema symtom). Totalpoängen varierar från 0–40 poäng. (Goodman et al, 1989). I en metaanalys av López-Pinaet et al. (2015) har det påvisats en hög intern konsistens med en genomsnittlig Cronbachs alfa på 0.87.

Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI utvecklades av Beck et al. (1988) och är ett självskattningsformulär som utarbetades för att mäta grad av ångest. Instrumentet är en självskattningsskala med 21 items som skall besvaras genom att ringa in den siffra som bäst motsvarar hur det varit under senaste veckan, inklusive dagen för ifyllande. Formuläret skall besvaras på en fyrgradig skala från 0 = inte alls, till 3 = mycket, har knappt stått ut. Studier visar Cronbachs alfa på 0.85-0.94

(Wotton et al, 2015)

Skattningar av Imagery

Deltagarnas minnes- och aktuella bilder skattades med avseende på hur mycket ångest de väckte, hur verklighetstroga och hur ofta de förekom samt övertygelsen av uttalad självbild. Varje skattningsskala bestod av ett item.

Aktuell bild (IÅ). Hur pass mycket ångest har du när du upplever denna bild? Skatta på en skala 0 = inte alls till 100 = extremt mycket, outhärdligt.

Minnesångest (MÅ). Hur jobbig och ångestladdad är denna minnesbild på en skala från 0 = inte alls till 100 = extremt jobbigt, outhärdligt.

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

Frekvens (IÅ). Hur ofta har samma (eller liknande) bild dykt upp under veckan som gått? Skatta från 0 = inte någon gång till 100 = ständigt hela tiden.

Encapsulated belief (EB). Innebörden och betydelsen av både aktuell bild och minnesbild undersöktes med frågan ” Hur pass övertygad är du att detta uttalande om dig själv- är sant och stämmer med verkligheten” 0 = inte alls till 100 = helt och hållet.

Imagery Intervjun

Den inledande imagery intervjun, i denna studie (se bilaga 1), är en anpassning efter Hackman et al. (2000) och Speckens et al (2007). Frågorna var ordnade i en systematisk ordning och intervjun inleddes av behandlaren med: ”Jag skulle vilja prata med dig om en del av det som händer med dig när det blir jobbigt och ångestfyllt i tvångsmässiga situationer”. Därefter fick deltagaren beskriva ett symtom på sitt tvång, ett symtom som upplevts nyligen, eller en händelse som varit riktigt jobbig. Vidare ombads deltagaren att sluta ögonen och försöka återskapa bilden av händelsen och beskriva den...”som om det händer just nu...”. Behandlaren bad deltagaren beskriva detaljer i bilden eller av upplevelsen såsom vad deltagaren kunde se, höra, lukta, smaka och känna i kroppen när bilden återskapades. Därefter fick deltagaren hålla kvar sin bild och skatta hur levande bilden upplevdes (IV), hur mycket ångest bilden väckte (IÅ) och hur ofta bilden hade dykt upp senaste veckan (IF). Alla skattningarna gjordes på en skala mellan 0–100. I anslutning till dessa frågor fick deltagaren beskriva en minnesbild från en situation i det förflutna i vilken hen upplevde samma känsla

som vid den aktuella bilden. Deltagaren ombads ge en så detaljrik beskrivning som möjligt om vad som utspelade sig i den tidigare minnesbilden och skatta på en skala (0–100) hur ångestladdad bilden var (MÅ). I det sista steget i intervjun fick deltagaren med egna ord formulera innebörden av sina bilder med en till två meningar, och skatta ”hur pass övertygad är du om att detta stämmer med verkligheten” (EB). Intervjun avslutades och tid för behandlingen, Imagery Rescripting” bokades sju dagar senare.

Imagery Rescripting

Denna intervention bygger på Arntz och Weertmans (1999) ursprungliga version av Imagery rescripting. Denna innefattar tre faser; återupplevande, bemästrande och compassion. I vår studie har en fjärde komponent lagts till, trygg plats (se bilaga 2). ImRs inleddes med att deltagaren ombads att sätta sig bekvämt, gärna sluta ögonen och föreställa sig en *trygg plats*. Förslag till trygg plats gavs i form av en grönskande sommaräng, i badkaret eller på stranden, men deltagaren var fri att välja sin egen plats. Deltagaren fick stanna på denna plats ett par minuter för att koppla av. I nästa fas, *återupplevande*, fick deltagaren beskriva sin minnesbild så tydligt som möjligt, och beskriva i presens ” Vilka andra är där; beskriv platsen; vad ser du, vilka ljud och dofter lägger du märke till; hur gammal är du i bilden; vad hände nyss och vad händer nu”. Exempel: ” Jag är 9 år, ser kompisar leka på gården, springer ut och frågar om jag får vara med, dom säger att dom inte vill vara med mig, dom springer i väg, jag springer efter, dom säger igen att jag inte får vara med, jag blir ledsen och gråter, jag går hem och berättar för mamma, hon säger att jag ska sluta sjåpa mig och skärpa till mig”. I fasen *bemästrande* ombeds deltagaren berätta vad hen helst av allt önskar ska hända för att må bättre, för att det ska bli bra, vad hen vill säga till och vad hen vill höra av den andra. Exempel ”Att mamma ska hjälpa mig och trösta mig, och ge mig en kram”. Därefter instrueras deltagaren att föreställa sig själv som vuxen komma in på scenen och beskriva sina tankar och reaktioner kring vad som har hänt, att sätta ord på vad hen som den stora vill göra och säga, och hur hen kan hjälpa sig själv som liten. Exempelvis kunde vuxna hen vända sig till föräldern i den aktuella situationen och försöka få denne att förstå: ” Du som förälder ska ju hjälpa ditt barn, det här är inte ok, se hur ledset ditt barn är”. I den sista fasen, *compassion*, instrueras deltagaren att som vuxen hjälpa sig själv som liten, förklara att det inte är den lillas fel, ge tröst och kärleksfull förståelse. Exempel på vad den lilla ville ha av sitt vuxna jag ”gå tillsammans och äta glass, få en kram, att den vuxna pratade med föräldern att ta hand om

barnet". När den lilla hade fått hjälp och upplevt sig ha blivit omhändertagen ombads deltagaren att återvända till sin trygga plats och stanna där igen ett par minuter, varefter interventionen avslutades.

Procedur

Studien genomfördes av två terapeuter som en del av psykoterapeututbildningen vid Lunds universitet. Innan studiens start filmades övningssessioner med ImRs som bedömdes av en erfaren psykoterapeut för att öka följsamheten av metoden och säkerställa att behandlingen gavs på ett likartat sätt av båda behandlarna. I ett första möte informerades deltagarna om studien både skriftligt och muntligt (bilaga 3), varefter bakgrundsdata inhämtades och kontrollerades att deltagarna uppfyllde kriterierna för OCD. Det senare gjordes med hjälp av MINI samt med Y-BOCS klinikeradministrerade intervjudel. Vidare administrerades den 10-gradiga självskattningsskalan av Y-BOCS, MADRS, OCI-R och BAI samt intervju för identifikation av inre mentala bilder och skattning av IÅ, MÅ, IV, IF och EB (bilaga 1). Efter medgivande om deltagande i studien bokades klienten in för behandling 7 dagar senare. Vid träff nummer två administrerades först Y-BOCS, OCI-R samt BAI och därefter, strax före behandlingen, utfördes skattningarna IÅ, MÅ, IV, IF och EB. Visualiseringen genomfördes i fem steg (se metod ovan). Deltagaren instruerades att visualisera en trygg plats, återuppleva sitt tidigare minne, frammana bilder av bemästrande och upplevelse av självmedkänsla, compassion, och därefter återgå till trygg plats. Efter avslutad behandling genomfördes ImRs skattningarna IÅ, MÅ, IV och EB för tredje gången. Därefter ombads deltagaren skatta sin upplevelse om interventionen och ge sina synpunkter. Uppföljning nummer ett bokades sju dagar senare. Vid första uppföljningen administrerades återigen Y-BOCS, OCI-R och BAI samt skattningar av minnes- och aktuell bild för fjärde gången. En fråga ställdes om deltagaren använt metoden sedan sist. Tid för den andra och avslutande uppföljning bokades en månad senare. Återigen administrering av Y-BOCS, OCI-R och BAI och en sista mätning av IÅ, MÅ, IV, IF och EB. Deltagarna tackades för deltagande i studien.

Forskningsetik

Denna uppsats är en delstudie i ett större forskningsprojekt om imagery rescripting. Regionala etikprövningsnämnden vid Lunds universitet har sedan tidigare prövat och godkänt studien (EPN, diarienummer 2016/493). Vid första besöket informerades deltagarna om studien och dess syfte både skriftligen och muntligen. Deltagarna fick möjlighet att ställa frågor om studien och sin medverkan samt informerades om att en-sessionsbehandlingen inte ska betraktas som en fullvärdig behandling för OCD. Samtyckesblankett delades ut vid första besöket och skulle återlämnas med underskrift vid andra besöket, detta för att få betänketid. Information gavs om frivillighet att delta och om möjligheten av att avbryta deltagandet i studien när som helst och utan någon särskild förklaring. Alla uppgifter från deltagarna har avidentifierats och ersatts med ett kodat nummer. Insamlad material från deltagarna har förvarats inlåst på behandlarnas respektive mottagning och oåtkomligt för obehöriga. Studiens material och resultat har endast använts inom projektet. Deltagarna gavs utrymme under studien att uttrycka sina upplevelser och synpunkter.

Resultat

Syftet med studien var att undersöka effekten av ImRs i en behandling av patienter med OCD utförd under en enda session. De statistiska analyser som utfördes var Repeated Measure (within-subjects) ANOVA och parvisa t-test. Samtliga analyser gjordes med tvåsidiga test på 0.05 signifikansnivå.

Bakgrundsdata

I inledande baslinjemätning av undersökningsgruppen (Time 1) fann vi att den genomsnittliga depressiviteten mätt med MADRS låg i den övre delen av lindrig nivå, $M=17.6$. Det lägsta värdet var 7 och det högsta 32 vilket tyder på att några deltagare hade en medelsvår grad av depression medan någon enstaka var utan depressivitet. Normer för MADRS är 0–10 = ingen depression, 11–19 = lindrig depression, 20–39 = medelsvår depression och 40–54 = svår depression. Skattad ångest mättes med BAI och det genomsnittliga värdet låg på moderat nivå, $M=21.5$. Normerna för BAI är 0–7 = minimal ångest, 8–15 = mild ångest, 16–25 = moderat ångest och 26–63 = svår ångest.

Tabell 2.

Medelvärden och standardavvikelser för depressivitet och ångest ($n = 8$).

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ålder	29.0	12.0
MADRS	17.6	10.5
BAI	21.5	12.0

Not. MADRS=Montgomery Åsberg Depression Rating Scale; BAI=Beck Anxiety Inventory.

Analys av baslinjeperiod

Vid de två första mätningarna, baslinje 1 och 2 förväntades inga signifikanta skillnader då baslinjen är tänkt att fungera som en kontroll.

Ingen av jämförelserna, undantaget två, resulterade i signifikanta skillnader (se Tabell 3). I jämförelse mellan de båda måtten av OCI-R visade analysen en tendens till skillnad, $t(7) = 2,040$, $p = .08$. Men analysen av EB-måtten resulterade en signifikant minskning från $M=90.6$ till 81.3, $t(7) = 2,447$, $p = .04$. I stort utföll analysresultaten enligt förväntningarna att det inte var någon skillnad. Avvikande från detta var EB.

Tabell 3.

Medelvärden och standardavvikelser för symtomatologi och minnes- och aktuella bilder vid baslinjemätning 1 och 2.

Utfallsmått	Baslinje 1		Baslinje 2		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
YBOCS	20.3	5.6	19.3	8.0	.602
OCI-R	29.1	11.7	26.8	12.2	.081
IÅ	70	26.7	80	10.4	.573
MÅ	79.4	14.7	76.9	19.4	.323
IV	72.5	20.7	76.9	11.0	.589
IF	68.1	16.9	64.0	28.9	.708
EB	90.6	9.4	81.3	13.6	.044

Not. Y-BOCS=Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory Scale; OCI-R= Obsessive Compulsive Inventory-Revised; IÅ= Grad av ångest som väcks av den aktuella bilden; MÅ=Grad av ångest som väcks av minnesbilden. IV=Hur levande upplevs den inre bilden; IF= Hur ofta individen har tänkt på den inre bilden senaste veckan; EB= Individen får svara på frågan ”Vad säger den här bilden om dig och hur pass övertygad är du om att detta stämmer med verkligheten?”

Effekter på symtomatologi

För att testa hypotesen att en-sessions-behandlingen med imagery rescripting leder till en minskning av tvångssymtom undersöktes skillnader mellan före- och eftermätningar samt uppföljningarna 1 och 2 med en serie Repeated Measure Anova analyser över 3 nivåer (Time 2, Time 4 och Time 5) (se Tabell 4). Analysen av förändringar i YBOCS visade ingen signifikant skillnad mellan nivåerna. Givet att den depressiva nivån hos några deltagare i undersökningsgruppen var relativt hög utfördes en kovariansanalys med MADRS som kovariat för att kontrollera för depressivitet. Med denna analys upptäcktes signifikanta effekter över testade nivåer, $F(2,10) = 7.024$, $p = .012$; statistic power = .825. Enligt analyser med parvisa t-test härrörde sig den signifikanta effekten från skillnaden mellan Time 2 och Time 4, $t(7) = 3.326$, $p = .013$ (se Tabell 4). Gällande OCI-R påvisades inga signifikanta effekter.

Tabell 4.

Medelvärden och standardavvikelser för symtomatologi och minnes- och aktuella bilder före och efter behandling samt vid uppföljningarna.

Mätillfälle	Pre-ImRs		Post-ImRs		Uppf 1		Uppf 2		Parvisa t-test Cohen's <i>d</i>			
	Time 2		Time 3		Time 4		Time 5		Pre-ImRs vs Uppf 1		Pre-ImRs vs Uppf 2	
Utfallsmått	<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>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
YBOCS	19.3	8.0			17.5	9.1	18.3	9.5	.013	0.21	.163	0.11
OCI-R	26.8	12.2			27.2	15.6	26.0	16.1	.807		.610	
IÅ	80.0	10.4	64.4	11.8	44.4	26.9	50.0	27.7	.002	1.74	.024	1.43
MÅ	76.9	19.5	64.4	13.5	50.6	19.7	46.0	27.3	.010	1.34	.014	1.30
IV	76.9	11.0	63.1	11.0	59.4	18.2	51.4	21.4	.043	1.16	.035	1.50
IF	64.0	28.9			45.0	21.4	52.1	25.0	.086	0.75	.531	0.44
EB	81.3	13.6	71.2	22.8	69.4	20.6	70.0	24.8	.103	0.68	.259	0.57

Not. Y-BOCS=Yale-Brown Obsessive-Compulsive Inventory Scale; OCI-R= Obsessive Compulsive Inventory-Revised; IÅ= Grad av ångest som väcks av den aktuella bilden; MÅ=Grad av ångest som väcks av minnesbilden. IV=Hur levande upplevs den inre bilden; IF= Hur ofta individen har tänkt på den inre bilden senaste veckan; EB= Individen får svara på frågan "Vad säger den här bilden om dig och hur pass övertygad är du om att detta stämmer med verkligheten?"; Uppf = uppföljning; Cohen's $d = \frac{M_1 - M_2}{\sigma_{\text{pooled}}}$ Where $\sigma_{\text{pooled}} = \sqrt{[(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2]}$

Effekter på minnes- och aktuella bilder

För att testa hypoteserna att ImRs leder till minskad ångest relaterat till minnesbilden (MÅ) respektive den aktuella bilden (IÅ), hur levande aktuell bild är (IV), minskad frekvens (IF), samt att deltagarnas övertygelse att bildernas överensstämmelse med verkligheten som en följd av ImRs behandling (EB) avtar, har vi använt parvisa t-test. Följande jämförelser gjordes för varje variabel: a) mätresultat från före behandlingen (time 2) med dem från första uppföljningen (time 4) samt b) resultat från före behandlingen (time 2) med dem vid andra uppföljningen (time 5) (se Tabell 4).

Minnesångest (MÅ) visade en signifikant minskning mellan före-mätning och första uppföljning, $t(7) = 3.479$, $p = .010$. Denna signifikanta skillnad kvarstod vid andra uppföljningen en månad senare, $t(6) = 3.439$, $p = .014$. Även vår förväntning att ångest som väcks av den aktuella bilden (IÅ) skulle minska efter ImRs, fick vi bekräftad vid jämförelse mellan före och första uppföljning. En signifikant minskning av ångest uppvisades, $t(7) = 4.661$, $p = .002$. Denna signifikanta skillnad kvarstod vid andra uppföljningstillfället, $t(6) = 2.994$, $p = .024$.

Gällande minskning av hur levande den inre bilden upplevdes (IV), framkom även här en signifikant förändring vid jämförelse före och vid första uppföljning, $t(7) = 2.475, p = .043$. Denna signifikans kvarstod vid andra uppföljningstillfället, $t(6) = 2.719, p = .035$.

Angående hur ofta deltagarna lagt märke till att minnesbilden dykt upp den senaste veckan (IF) fann vi en tendens till minskning vid jämförelse av före och första uppföljning, $t(7) = 1.998, p = .086$. Resultatet vid andra mätningen var ej signifikant, $t(6) = .665, p = .531$.

För deltagarnas övertygelse att bilderna överensstämmer med verkligheten som en följd av ImRs behandling (EB), fann vi en knapp tendens till minskning mellan mätningarna före behandlingen och vid första uppföljningen, $t(7) = 1.875, p = .103$. Denna minskning kvarstod dock ej vid andra uppföljningstillfället, $t(6) = 1.247, p = .259$.

Vid undersökning av behandlingens effektstorlek (Cohen`s d) mellan före och eftermätning fann vi effektstorleken ligga högre än vad Cohen betraktade som högt ($d = 0.80$) avseende MÅ, IÅ och IV.

Hypoteserna att minnesångest (MÅ) minskade, att ångest som väcktes av inre bild (IÅ) minskade, samt att graden av hur levande den inre bilden upplevdes minskade efter behandling med ImRs bekräftades. Resultaten för IF och EB visade ingen signifikant förändring.

Omedelbart efter genomförd behandling med ImRs fick deltagarna lämna sina synpunkter på behandlingen i form av s.k. ”manipulation check” bestående av två frågor, *a. Hur pass lätt tyckte du att det gick att uppleva/visualisera vald bild? (0 = inte alls; 10 = extremt lätt)* och *b. Hur pass väl kunde du åstadkomma förändringarna i bilden (bemästrande och compassion totalt)? (0 = inte alls; 10 = extremt väl)*. 7 av 8 deltagares skattningar av fråga a resulterade i ett medelvärde på 7.7 (varians mellan 5 och 9) och på fråga b svarade de något lägre, $M = 6.1$ (varians mellan 2 och 9). Detta tyder på att man haft relativt lätt att genomföra visualiseringen men upplevt det lite svårare att åstadkomma förändringarna i bilden

Deltagarnas reaktion på behandlingen

Deltagarnas skattningar av sin självbild och överensstämmelse med verkligheten (EB), redovisas i Tabell 4. I det följande redovisas deras utsagor om sig själva gjorda före och efter behandlingen.

Före: Jag är en trasig människa.

Efter: Jag har fått en förståelse för mig själv och fått en gnista av medkänsla.

Före: Jag är svag och dålig, ingen tycker om mig.

Efter: Jag är som de flesta andra, alla har skavanker, inte bara jag.

Före: Jag är konstig och dum. Andra ser ner på mig.

Efter: Jag var liten och det var inte mitt fel.

Före: Jag är misslyckad.

Efter: Jag har svårt att ändra uppfattning om mig själv.

Före: Det är något fel på mig.

Efter: Kände mig hjälplös, kunde inte göra något åt det.

Före: Jag blir frustrerad på mig själv och rädd att det inte går att fixa, att det är sådan jag är.

Efter: Jag stressar upp mig i onödan över saker som inte spelar någon roll.

Före: Är det "jag" eller är det tvånget?

Efter: När bilden har dykt upp är det inte lika skrämmande längre.

Före: Andra kan göra misstag men jag är slarvig.

Efter: Kände en lättnad och en ökad känsla av kontroll.

Deltagarnas redovisade upplevelser i form av synpunkter på behandlingen:

”Det var en fantastisk upplevelse, tänk att detta kunde hjälpa så mycket”.

”Gillade det inte alls, kändes som att vara tillbaka till skolan igen där lärarna sa till en vad man skulle göra”.

”Det var svårt att visualisera, upplevde endast en liten förändring”.

” Väckte mycket känslor, jobbigt att göra detta, men känns bra nu efter övningen, kan se nu varför jag är och har varit så ängslig”.

” Trodde inte att det skulle vara till någon hjälp, men inser nu hur tidigare händelser har påverkat mig och hur jag ser på mig själv”.

”Väckte mycket ångest, ville lämna situationen och minnet, var svårt att hjälpa sig själv, men jag har samtidigt fått en bättre förståelse för mig själv”.

” Upplevde övningen som väldigt jobbig, kände mig ledsen. Påminde mig om hur det var då, ville inte riktigt gå dit igen. Men tror det var bra ändå”.

”Det var intressant och en positiv upplevelse. Jag hade en upplevelse av att kunna ta mig ifrån situationen”.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka effekten av ImRs i en behandling av patienter med OCD utförd under en enda session. För att testa hypotesen att en-sessions-behandling med ImRs leder till en minskning av tvångssymtom undersöktes skillnader mellan före- och eftermätningar samt två uppföljningar. Detta utfördes genom mätning av symtombild och skattningar för att undersöka om ImRs leder till minskad ångest vid upplevelse av minnes- och aktuella bilder. Studien avsåg även att undersöka hur levande dessa bilder upplevdes för deltagarna, hur ofta de dök upp i tankarna, samt om deltagarna upplevde att bilderna överensstämmer med verkligheten som en följd av ImRs behandling (EB).

De flesta av våra förväntningar har infriats och stämmer väl överens med tidigare och liknande studier för social fobi (Wild & Clark, 2011; Nilsson et al, 2012), för hälsoångest (Muse et al, 2010; Nilsson et al, 2019) där en-sessions behandling har prövats.

Bortfallet från behandlingsgruppen bestod av tre deltagare varav två före första mättillfället och en under den inledande bedömningen. De två som hoppade av innan uppgav att man avbröt p g a att man hade så hög ångest att man inte klarade av att delta. Den deltagare som fick avbryta under bedömningen hade en symtombild som innebar exkludering. Medelåldern på avhoppet var 38,7, jämfört med 25,7 för övriga deltagande i behandlingsgruppen. Detta skulle kunna tolkas som att man haft sina tvångsbesvär längre och de blivit mer manifesterade. Dessa deltagare hade också kontakt med psykiatri, till skillnad från behandlingsgruppen som huvudsakligen hade primärvårdskontakt. Då mätningar för avhoppade deltagare saknas är det svårt att bedöma vilken påverkan de har haft på slutresultatet. Vi antar att det kan ha medfört att resultaten för de kvarvarande kan ha överskattats.

Baslinje periodens två inledande mätningar gav stöd för antagandet att deltagarnas upplevelser var konstant och ingen signifikant skillnad noterades mellan mätningarna. De efterföljande mätningarna påvisade en minskning av deltagarnas symtombild vilket förväntades ske p g a behandlingen med ImRs. Samtliga deltagare beskrev förekomst av såväl aktuella bilder som tidigare minnesbilder.

Vår första analys av YBOCS kunde inte påvisa en signifikant minskning efter behandlingsinsatsen. Vi misstänkte emellertid att den relativt höga depressionsnivån hos ett

flertal deltagare ha påverkat resultaten och beslöt därför att utföra en andra analys och samtidigt kontrollera för depressivitet. Vi fann då en statistiskt säkerställd reduktion i YBOCS, men inte i OCI-R. Eftersom vi fick olika resultat med OCI-R jämfört med YBOCS drog vi slutsatsen att skillnaden i instrumenten är bl a att YBOCS tar reda på tvångssymtom och svårighetsgrad, medan OCI-R mäter allvarlighetsgraden av tvångssymtom. Därför gjorde vi en sambandsanalys och fann att OCI-R korrelerar med YBOCS ($r = .28, p = .408$) vilket innebär att det saknas signifikant samband mellan dessa.

YBOCS anses ha låg diskriminerande giltighet gentemot depression (Rapp et al, 2016) vilket delvis kan relateras till komorbiditet mellan OCD och depression. Foa et al (2002) fann att patienter utifrån olika subtyper av tvångssymtom kan skatta olika vid jämförelse mellan YBOCS och OCI-R. Detta medför att skillnaden vi upptäckte mellan resultaten kan förklaras med sambandet mellan deltagarnas depressivitet och YBOCS, samt att OCI-R mäter symtomens allvarlighetsgrad som kan vara oförändrade vid jämförelse med YBOCS.

För YBOCS var Cohens $d = 0,21$ vilket är en liten och svag effekt. Trots att effekten var svag så var det tydligt att en enda behandling med ImRs resulterade i en signifikant minskning av symtomen. Vi antar att upprepade behandlingar med ImRs skulle kunna medföra ytterligare förbättringar för patienter med OCD.

Utifrån hypotesen att behandling med ImRs skulle minska ångest vid minnes- och aktuella bilder, fann vi ett starkt samband kring detta hos deltagarna. Vi kunde konstatera att vårt antagande att omskrivningen av minnesbilden skulle resultera i en minskning av den ångest som minnet triggar bekräftades. Våra data bekräftade även hypotesen att den ångest som väcks av den aktuella bilden (IÅ) minskade.

I litteraturen (t.ex. Nilsson et al., 2012) har spekulerats i att tidiga aversiva minnesbilder kan ha en vidmakthållande funktion av den aktuella störningen, dvs en koppling mellan minnesbild och aktuell katastrofbild som var omedveten för deltagarna (se Hackmann et al., 2000). Om detta stämmer borde gynnsamma effekter av behandlingen med ImRs på minnesångest, också avspeglas i upplevelsen av den aktuella bilden i form av en ångestreduktion motsvarande minnesbildens ångestminskning.

Även om dessa minnesbilder kan upplevas abstrakta och autobiografiska så förefaller de vara bärare av viktig känslomässig information. Denna information antas främja insikter som kan medföra en förändring av individens grundantaganden och självbild i en mer

funktionell riktning. Minnes- och aktuella bilder blir betydelsefulla eftersom de utgör ett orsaksförhållande till symtomen.

Beträffande den signifikanta minskningen av hur levande den inre bilden (IV) upplevdes, kan det kopplas till att graden av ångest sjunker i takt med att exponeringen medför att bilden bleknar ut. ImRs delmoment, med bemästrande och självomhändertagande, antas ha medfört att deltagarna skattade ångest lägre. Mindre förändringar syntes gällande hur frekvent bilderna dykt upp efter behandling (IF), samt i vilken utsträckning deltagarna upplevde förändring av sin självbild (EB). Sammantaget kan en begynnande tendens till förändring av deltagarnas grundantaganden märkas, men den lägre skattningen av IF och EB kan även vara ett uttryck för upplevelsen av hur befästa övertygelserna kring tvångsproblemets svårighetsgrad är.

Betydelsen av en trygg plats vid visualiseringen har tidigare undersökts (Hackmann et al, 2011; Nilsson et al, 2012) som ett sätt att förankra deltagaren i en självvald trygg omgivning. Vilken betydelse detta haft för genomförandet och effekten av behandlingen har ej varit fokus för denna studie.

Utifrån Salkovskis (1985, 1999) teori och antaganden om individens värdering av sina tankar kring ex. inflytande och ansvar, kunde vi se förändringar i deltagarnas uppfattningar av sig själva (EB) före och efter behandling. Exempelvis uttrycktes före behandling att man var misslyckad, att man var slarvig, konstig och dum som hade tvångsbeteenden. Efteråt beskrevs en lättnad och en ökad känsla av kontroll, att bilden av tvång inte var lika skrämmande längre, att man stressade upp sig i onödan. Man gav även uttryck för normalisering – att vara som alla andra och att det är normalt att ha även fel och brister. Deltagarna redogjorde för sina värderingar av ansvarstagande, neutraliserande beteenden och upplevelsen av hur dessa förändrades som en följd av behandlingen med ImRs. Det lovar gott med tanke på att både självbild och katastrofbilder i realtid är (teoretiskt sett) beroende och påverkas av MÅ och IV, utifrån att det är katastrofbilderna som ligger bakom symtomen.

Begränsningar

Studien baserades på ett litet antal deltagare vilket medför en låg statistisk power. Därmed är det svårt att dra starka och generella slutsatser. Dock påvisades en hög power gällande YBOCS vid jämförelse av mättillfälle två och fyra.

Deltagarnas imagery-skattningar gjordes med endast ett item vardera, vilket innebär på

förhand utvalda frågor kring dimensioner som ansetts relevanta för att mäta deltagarnas upplevelser. Det ger ingen fullständig information om upplevelsen av undersökningsområdet utan innebär en avgränsning.

Avsaknaden av kontrollgrupp ersattes med en baslinjeperiod samt före- och eftermätning vilket var en fördel på deltagarantalet. Men det medförde att eventuella skillnader jämfört med kontrollgrupp uteblev.

Den korta baslinjen, en vecka, är för kort för att kunna fastställa stabila mått innan behandling. Vad den signifikanta minskningen av EB mellan baslinje 1 respektive 2 beror på är något oklar då ex deltagarnas förväntning inför deltagandet ej undersökts. Ett antagande kan vara att den andra mätningen av EB gjordes precis innan behandlingen med ImRs och att deltagarna upplevde en lättnad som påverkade självbilden.

Terapeutens roll, skicklighet och vid genomförande (adherence) av ImRs har ej heller studerats men får anses ha betydelse för hur väl metoden genomförts tillsammans med patienten.

Framtida studier

För att få en högre trovärdighet skulle en experimentell design med kontrollgrupp, alternativt TAU (treatment as usual) kunna ytterligare undersöka effekten av ImRs vid OCD. Det vore också intressant att undersöka betydelsen av olika imagery-metoder och deltagarnas förmåga till visualisering. Dessutom kan ytterligare forskning ge tydligare direktiv kring vilken metod som ger kliniskt bäst resultat för patientgrupperna inom OCD dimensionerna som anges i DSM-5. Det hade också varit intressant med ytterligare uppföljningar för att se om effekterna kvarstod över en längre period.

Slutsatser

Syftet med studien var att undersöka effekten av en sessions ImRs behandling vid OCD genom för- och eftermätning av skattade symtom hos vuxna patienter. Det finns ur ett internationellt perspektiv relativt få studier genomförda med ImRs mot målgruppen. Trots lovande resultat behöver ImRs som behandlingsmetod studeras ytterligare och jämföras med standardbehandling ERP (exponering med responsprevention) för att generera bättre kunskap kring metodernas användbarhet vid behandling av OCD-relaterad problematik.

Referenser

- Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27(4), 583–600.
- Abramowitz, J.S. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 51(7), 407–16.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. H. (2011). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. Guilford Press.
- Abramowitz, J.S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 374, (9688), 491–499.
- Abramowitz, J.S., Taylor, S., & McKay, D. (2012). Exposure-Based Treatment for Obsessive Compulsive Disorder. *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195376210.013.0071>
- Adam, Y., Meinlschmidt, G., Gloster, A.T., & Lieb, R. (2012). Obsessive–compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 339–349.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC London, England.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715–740.
- Arntz, A. (2012). Imagery Rescripting as a Therapeutic Technique: Review of Clinical Trials, Basic Studies, and Research Agenda. *Journal of Experimental Psychopathology JEP*, 3(2), 189–208.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2013). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. Wiley-Blackwell.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5™ guidebook: The essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth edition). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.

- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A. (2019). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD and Its Subtypes. Second Edition*. Guilford Press.
- Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. (1997). Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1683-91.
- Fink, J., Pflugradt, E., Stierle, C., & Exner, C. (2018). Changing disgust through imagery rescripting and cognitive reappraisal in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 36-48.
- Foa, E. B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichie, R., Hajcak, L., & Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive Compulsive Inventory: Development of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485 – 496.
- Foa E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), (199–207).
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Hackmann, A., Clark, D. M. & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia, *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 601-610.
- 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, Bennett-Levy, J. & Holmes, E. (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*. Oxford University Press.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.

- Holmes, E. & Mathews, Andrew. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical psychology review*, 30 (3), 349-362.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- López-Pina, J. A., Sánchez-Meca, J., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Núñez-Núñez, R. M., Rosa-Alcázar, A. I., Gómez-Conesa, A., & Ferrer-Requena, J. (2015). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Assessment*, 22(5), 619-628.
- Maloney, G., Koh, G., Roberts, S., & Pittenger, C. (2019). Imagery rescripting as an adjunct clinical intervention for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 66.
- Markarian, Y., Larson, M.J., Aldea, M.A., Baldwin, S.A., Good D., Berkeljon, A., Murphy, T. K., Storch, E. A., & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychologi Review*, 30(1), 78-88.
- M.I.N.I. *Mini internationell neuropsykiatrisk intervju*. Swedish Translation Version 7.0.0 enligt DSM-5 : January 5, 2015 (1/5/15).
https://psykiatristod.se/download/18.2e85091f177adf1dfa050d1e/1613980030739/M.I.N.I.7.0_AU1.0_swe-SE.pdf
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382–389.
- Mowrer, O. H. (1960). Learning theory and the symbolic processes. *John Wiley & Sons Inc.*
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease*. Boston, Mass: Harvard University Press.
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & Williams M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles, *Behaviour Research and Therapy*. 48(8), 792-798.
- Narayanaswamy, J. C., Viswanath, B., Veshnal Cherian, A., Bada Math, S., Kandavel, T. & Janardhan Reddy, Y. C. (2012). Impact of Age of Onset of Illness on Clinical Phenotype in OCD. *Psychiatric Research*. 200(2-3), 554-559.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2005). *Obsessive–Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive–Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder* (CG31). London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>.
- 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,(6), 387-392.
- Nilsson, J-E., Knutsson, J., Jalamo, B. S. & Lundh, L-G. (2019). Imagery rescripting of early memories in health anxiety disorder: A feasibility and non-randomized pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 65.
- Ntini, I., Vadlin, S., Olofsdotter, S., Ramklint, M., Nilsson, K., Engström, I., & Sonnbly, K. (2020). The Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale – self-assessment for use in adolescents: an evaluation of psychometric and diagnostic accuracy. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 74(6), 415-422.
- Pedley, R., Bee, P., Wearden, A., & Berry, K. (2019). Illness perceptions in people with obsessive-compulsive disorder; A qualitative study. *PLoS ONE* 14(3), 1-25.
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., & Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(5), 703–711.
- Rasmussen, S. A. & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Rapp, A. M., Bergman, R. L., Piacentini, J., & McGuire, J. F. (2016). Evidence-Based Assessment of Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of Central Nervous System Disease*. 2016(8), 13–29.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. Hove: Psychology Press.
- Rachman, S. J. & Hodgson, R. S. (1980). *Obsessions and compulsions*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Reddy, M. S., Vijay, M. S., & Reddy, S. (2016). Obsessive-compulsive (Anankastic) Personality Disorder: A Poorly Researched Landscape with Significant Clinical Relevance. *Indian journal of psychological medicine*, 38(1), 1–5.

- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, *15*(1), 53–63.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis, *Behaviour Research and Therapy*, *23*(5), 571-583.
- Salkovskis P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 29–52.
- SBU, (2005). Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Volym 2. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) Stockholm. Rapportnr: 171/2 • ISBN 91-85413-05-4 • ISSN 1400–1403 Stockholm
- Simpson, H. B., & Reddy, Y. C. (2014). Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *36*, 3-13.
- Smucker, M. R., & Niederee, J. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, *2*, (1), 63–92.
- Socialstyrelsen. (u.å.) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Hämtad 6 maj, 2021 från [Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom\(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/om-socialstyrelsen/om-socialstyrelsen).
- Speckens, A. E. M., Hackmann, A., Ehlers, A., & Cuthbert, B. (2007). Imagery special issue: Intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsessive compulsive disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*(4), 411-422.
- Stopa, L. (2009). How to use imagery in cognitive-behavioral therapy. I Stopa, L. (Ed). *Imagery and the threatened self*. Routledge.
- Strachan, L. P., Hyett, M. P. & McEvoy, P. M. (2020). Imagery Rescripting for Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder: Recent Advances and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, *22*, (4), 17pp
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive–compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*. *31*(7), 1083–1100.

- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2006). Obsessive compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help seeking in the British National Psychiatric Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, *163*(11), 1978-1985.
- Veale, D., Page, N., Woodward, E. & Salkovskis, P. (2015). 'Imagery rescripting for obsessive compulsive disorder: a single case experimental design in 12 cases', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *49*, (Part B), 230-236.
- Viswanath, B., Narayanaswamy, J. C., Rajkumar, R. P., Cherian, A. V., Kandavel, T., Math, S. B., & Reddy, Y. C. (2012). Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, *53*(6), 775–782.
- Wild J, Clark D. M. (2011). Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia, *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*(4), 433-443.
- Watkins, J. G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *19*(1), 21-27.
- Wooton, B. M., Diefenbach, G. J., Bragdon, L. B., Steketee, G. Frost, R. O., & Tolin, D. A. (2015). A Contemporary Psychometric Evaluation of the Obsessive Compulsive Inventory - Revised (OCI-R). *Psychological Assessment*, *27*(3), 874 – 882.
- Yazdi-Ravandi, S., Shamsaei, F., Matinnia, N., Shams, J., Moghimbeigi, A., Ghaleiha, A., & Ahmadpanah, M. (2018). Cognitive Process in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: A Cross-Sectional Analytic Study. *Basic and clinical neuroscience*, *9*(6), 448–457.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publication.

Bilaga 1. Imagery Interview

(efter Hackman et al 2000 & Speckens et al, 2007)

(Instruktioner till intervjuaren i kursiverad text)

Jag skulle vilja prata med dig om det som händer med dig när du får ångest.

Först vill jag be dig beskriva ett symptom på ditt tvång, .. ett som du haft nyligen ... eller en händelse då ditt tvång var riktigt jobbigt. Det kan hjälpa att få fram det om du blundar – sluter ögonen - och försöker återskapa (mana fram) ”för din inre syn” dina upplevelser av händelsen, .. som om det hände just nu. Om du får upp flera olika tankar, impulser eller bilder är jag mest intresserad av den eller de som kommer spontant, ... oftast den första ... eller den som är mest ångestladdad Är det denna tvångstanke eller bild som alltid dyker upp vid dina ångestattacker? Är det dessa tankar eller bilder som är typiska för ditt tvång?

(Var noga med att ställa frågorna i presens!)

Hur upplever du bilden eller tanken just nu? ... Vad ser du?, ... vad hör du? .. något som du luktar eller smakar? ... hur känns det i kroppen?

(Skattningar)

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 upplever denna bild? Skatta på en skala från 0 = *ingen alls* till 100 = *extremt mycket, outhärdligt*. (skatta på formulär **IA**)

Hur ofta har samma (eller liknande) 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 – som med den här bilden? Hur gammal var du då? Beskriv den situationen! *(Skriv på baksidan av uppgiftsblanketten!)*

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**)

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

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!)*

Hur pass övertygad är du att detta uttalande - om dig själv - är sant och stämmer med verkligheten? Skatta från 0 = *”inte alls”* till 100 = *helt och hållet*
(skatta på formulär **EB**)

Bilaga 2. Manuskript för Imagery Rescripting

Manuskript för behandlingssession

(Rubrikerna i det följande ska inte läsas upp för klienten)

I. 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 en tid 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 berätta 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.

II. 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 – 30 sekunders 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.....(*ytterligare tid*)

III. 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. Var är du? Vilka, färger, ljud och dofter som du lägger märke till? Alla sinnen. Hur gammal är du? (*förstärka presens*) 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...

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?

Nu lägger du märke till att dörren öppnas och in kommer du själv som vuxen. Upplev dig själv som vuxen komma in i rummet nu. Ser du dig själv dig själv komma in i rummet som vuxen nu? Signalera med ditt pekfinger när du gör det!.....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? Är det något mer lilla-xxx behöver nu? (*för att det ska kännas bra*)

Om pat inte kan träda in som stora xxx kan terapeuten fråga om annan vuxen, alternativt terapeuten, kan träda in i bilden istället. Denna åtgärd skall användas mycket sparsamt och i undantagsfall. Görs av terapeuten endast om inget annat fungerar).

Alternativ: Vem vill du ska hjälpa dig nu?

Alternativ: Känns det bra om jag kommer in?

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 vill du som lilla-xxx ha 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/självmedkänsla, trösta, omhändertata, mjukna*) Är det något mer lilla-xxx behöver nu? (*för att det ska kännas bra*)

IV. Trygg plats

Då kan du suddas ut bilden och gå ur situationen och ta dig tillbaka till den trygga platsen som du valde nyss... . Signalera med ditt pekfinger när du är där!..... Låt dig själv slappna av och vila en stund här i denna trygga och sköna plats ... slappna av och andas lugnt och regelbundet Med magen in Och ut in och ut. Fortsätt så där själv en liten stund ...tills jag tar kontakt med dig igen.... ! (*Efter ca 30 – 60 sek, beroende på hur mycket ångest pat har fortsätter T.*) Du är lugn och avslappnad och har det skönt. Om en liten stund räknar jag till tre (3), och när du hör mig säga siffran tre öppnar du ögonen, känner dig då helt vaken och alert och avslappnad. Ett nu börjar du vakna TVÅ nästan vaken nu OCH **T- R-E** Helt vaken NU !!!

V. **Avsluta** med en kort kontroll hur pat mår, hur det känns etc.....

Bilaga 3. Procedur

Vid första besöket (Baslinje 1):

- 1) Informerade deltagarna om studiens syfte och vad som skulle hända i stora drag samt delade ut samtyckesblankett. Deltagarna hade möjlighet att ställa frågor.
- 2) Semistrukturerad intervju för att inhämta bakgrundsdata.
- 3) Administrering av MADRS, OCI-R, BAI och Y-BOCS (Symtomlista samt Y-BOCS sista frågor 1–10)
- 4) Intervjumomentet för identifikation av inre mentala bilder.
- 5) Skattningar av IÅ, MÅ, IV, IF och EB

Vid andra besöket sju dagar senare (Baslinje 2):

- 6) Samtyckesblankett samlas in
- 7) Administrering av Y-BOCS, OCI-R och BAI.
Skattningar av IÅ, MÅ, IV, IF och EB
- 8) Imagery rescripting. Visualiseringen görs i fem steg; trygg plats, återupplevande, bemästring, compassion, trygg plats.
- 9) Skattningar av IÅ, MÅ, IV och EB samt ”Manipulation check”
- 10) Avslutande intervju avseende deltagarnas upplevelse av behandlingen och för att inhämta deras synpunkter.

Sju dagar senare (Uppföljning 1):

11) Administrering av Y-BOCS, OCI-R och BAI.

12) Skattningar av IÅ, MÅ, IV, IF och EB

Deltagaren ombads att skatta hur ofta hen använt metoden senaste veckan; 5 = dagligen, 4 = några gånger per vecka, 3 = en gång per vecka, 2 = en eller fåtal gånger, 1 = aldrig

En månad senare (Uppföljning 2)

13) Administrering av Y-BOCS, OCI-R och BAI

14) Skattningar av IÅ, MÅ, IV, IF och EB.