

Hovedoppgave:
profesjonsstudiet i psykolog

Erlend Hunstad

Oppmerksomhetstrening ved sosial fobi:
En pilotstudie

Trondheim, mai 2011.

SAMMENDRAG

Formålet med oppgaven var å gjennomføre en pilotstudie på effekten av oppmerksomhetstrening (ATT) som eneste behandlingstiltak for sosial fobi. Alle behandlingsmanualer var laget som en del av hovedoppgaven av kandidaten. Store deler av det praktiske gjennomføringen av prosjektet var kandidatens ansvar. En gruppe på fire personer med sosial fobi mottok fire behandlingssesjoner på 45-60 minutter med ATT samt trente to ganger daglig på egenhånd mellom sesjonene. Studiet indikerte at ATT medførte mindre generelle angstsymptomer, mindre bruk av sikkerhetsstrategier, samt reduksjon i bruk av bekymring og grubling. ATT hadde imidlertid mer usikker effekt på sosial fobi symptomer og virket ikke å være tilstrekkelig for å oppnå klinisk signifikant endring. Studiet viste at ATT virker akseptabel for personer med sosial fobi og at det kan brukes som et fornuftig supplement til behandling av sosial fobi.

INTRODUKSJON

Sosial fobi kjennetegnes ved bekymringer rundt egne prestasjoner og en sterk frykt for å bli negativt evaluert. For de fleste innebærer lidelsen betydelig reduksjon i funksjonsnivå og livskvalitet, da man unngår sosiale situasjoner som å holde en tale, signere navnet sitt, å snakke med fremmede eller å spise sammen med andre (American Psychiatric Association, 1994). Sosial fobi er et utbredt problem og i en studie av Kessler og kolleger (2005) fant man en livstidsprevalens på 12.1 % og en 12 måneders prevalens på 6.8 %. Den gjennomsnittlige debutalderen var 15 år. Det er blitt vist at personer med sosial fobi i liten grad opplever spontan bedring, noe som vil si at lidelsen vanligvis vedvarer dersom de ikke mottar effektiv behandling (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992). Mange utvikler også andre psykiske lidelser som panikkklidelse, agorafobi eller depresjon (Acarturk, Graaf, Straten, Have, & Cuijpers, 2008).

Eksposeringsterapi har lenge vært ansett som den mest effektive psykologiske behandlingsmetoden for behandling av fobier (Veal, 2003). Ved spesifikke fobier er det vanlig at en høy andel av pasientene oppnår full remisjon i løpet av en behandlingssesjon (Öst, 1989). Disse resultatene står i kontrast til behandling av sosial fobi der det vanligvis benyttes mer enn 15 sesjoner, og der resultatene som oppnås ikke er like gode (Wells et al , 1995). Dette kan tyde på at det er vesentlige forskjeller mellom disse lidelsene. I tradisjonell eksposeringsterapi er det blitt vektlagt at pasienten ved langvarig eksposering for angstprovoserende situasjoner oppnår reduksjon i angsten eller *habituering* (Öst, 1989). Ved sosial fobi har dette blitt problematisert blant annet fordi mange sosial fobikere regelmessig eksponeres for sosiale situasjoner uten å oppnå særlig symptomreduksjon (Wells, 1997). Som resultat av dette er det blitt foreslått at flere forhold kan hindre endring hos personer med sosial fobi til tross for gjentatt eksposering til sosiale situasjoner.

Wells og Clark (1995) har utviklet en modell der de spesifiserer faktorer som kan bidra til opprettholdelse av sosial fobi til tross for gjentatt eksponering. Eksempler på slike vedlikeholdende faktorer er bekymring, grubling, bruk av trygghetsstrategier og høy grad av selvfokusert oppmerksomhet. Det er vist at personer med lidelsen ofte bekymrer seg betydelig i forkant av sosiale sammenhenger. Selv om pasienten gjennom å bekymre seg i forkant har som mål å bli bedre forberedt, kan dette paradoksalt nok føre til ytterligere opplevelse av utilstrekkelighet og økning i negative følelser. I etterkant av sosiale situasjoner engasjerer pasientene seg ofte i grubling, noe som også kan bidra til negativ evaluering av egen prestasjon og ytterligere økning i negative følelser. Utførelse av handlinger for å øke grad av kontroll i sosiale situasjoner ”trygghetshandlinger” kan virke mot sin hensikt ved at de tar kapasitet og fokus bort fra sosialt samspill og ved at pasienter ofte antar at positive utfall er avhengig av trygghetshandlingene. Det er også vist at personer med sosial fobi har høy grad av selvfokusert oppmerksomhet i sosiale situasjoner (Rapee & Heimberg 1997; Schultz & Heimberg, 2008). Dette selvfokuset kan føre til at man mister viktig informasjon i sosialt samspill. Fokus på egne negative tanker og negative følelser vil også kunne innebære at disse øker i intensitet (Bögels & Mansell, 2004). Dersom pasientene også trekker slutninger om hvordan de fremstår for andre basert på slike opplevelser, vil disse slutningene bli feilaktige (Wells, Clark & Ahmad, 1998). Denne forståelsen har vært anvendt på behandling av panikk lidelse, der oppmerksomhetstrening har blitt sammenlignet med avslapningsøvelser. Studiet viste at ytre refokusering hjalp til å redusere angsten, mens avslapningsøvelser bidro til økt angst (Wells, 1990).

Det er blitt gjennomført flere studier der effekten av behandling basert på denne modellen er blitt evaluert. I en studie (Clark et al., 2003) sammenliknet de effekten av kognitiv terapi med effekten av Fluoxetine. Pasienter som ble behandlet med kognitiv atferdsterapi oppnådde signifikant større bedring, enn pasienter som mottok instruksjoner om selveksponering

kombinert med Fluoxetine eller placebo. Effektstørrelsene ved de ulike målingene (inkludert 1 års oppfølging) varierte fra 2.1 til 2.5 for kognitiv atferdsterapi, og fra 0.9 til 1.3 for selveksponering kombinert med Fluoxetine. Egeneksponering kombinert med placebo resulterte i en effektstørrelse på 0.5 (Clark et al., 2003).

I Clark og Wells (1995) modell vektlegges betydningen av å redusere graden av selvfokusert oppmerksomhet og i større grad fokusere på omgivelsene (eksternt ytre fokus; EYF). For å teste betydningen av oppmerksomhetsfokus gjennomførte Wells og Papageorgiou (1998) en eksperimentell studie. I studien ble effekten av å skifte til eksternt fokus under eksponering undersøkt. Eksempelvis kunne deltakerne bli bedt om å følge med på andre personer, hvordan de så ut og hvordan de reagerte. I studien oppnådde deltakerne som fikk en slik instruksjon større symptomreduksjon enn de som ikke gjorde det.

For å øke kapasiteten til en selektiv oppmerksomhet og for å bryte mønsteret med selvfokusert oppmerksomhet har Wells (2009) utviklet metoden oppmerksomhetstrening (Attention training; ATT). Treningen er auditiv og består av følgende tre oppmerksomhetsøvelser: selektiv oppmerksomhet, oppmerksomhetsskifte og delt oppmerksomhet. Selektiv oppmerksomhetstrening består i å isolere og fokusere på en lyd som konkurrerer med flere. Prosedyren varer i sin helhet i omtrent 12 minutter. En tidligere studie (Rutle, 2009) av behandling av sosial fobi med ATT og EYF viste en reduksjon av sosial fobi symptomer ved postmåling og 3 måneders oppfølging. Studiet var satt opp slik at hver pasient fikk en sesjon med ATT etterfulgt av EYF, der de fikk instruksjoner om å holde et eksternt fokus. Resultatene fra studien støtter antakelsen om at ATT samt EYF kan være behandlingsmessig gunstig for denne pasientgruppen.

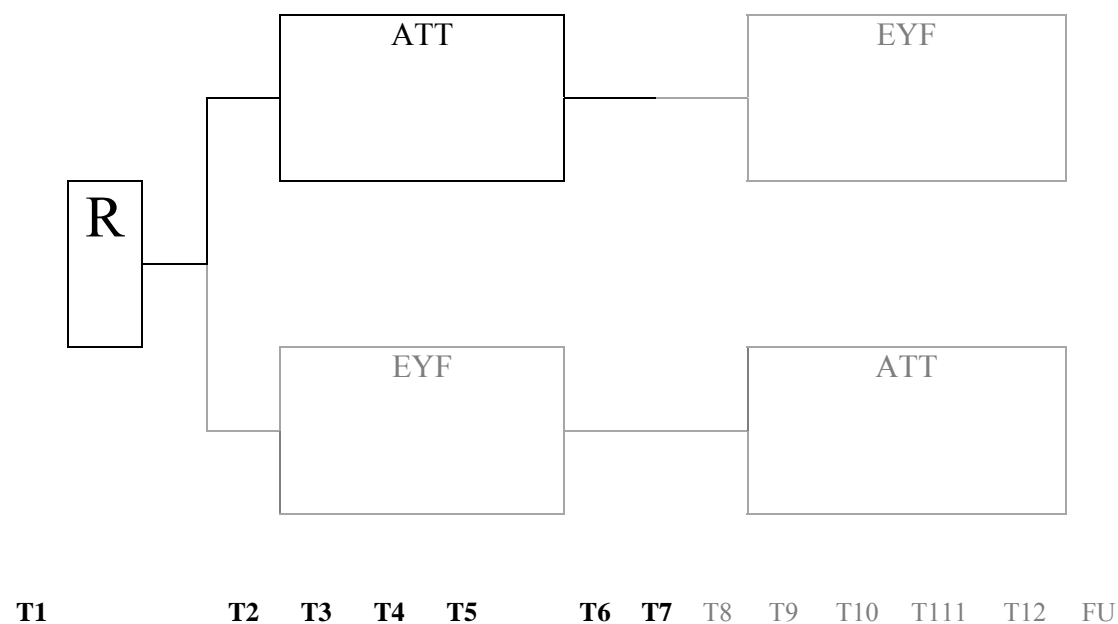
Et metastudie av Hofmann & Smits (2008) viser at CBT har en moderat effekt på angst og depresjon (0.6 og 0.7) ved behandling. ATT har blitt brukt i kombinasjon med CBT, og EYF, men der er blitt gjennomført få studier der metoden har vært en selvstendig behandlingsintervensjon ved sosial fobi (Wells, White & Carter 1997). Tidligere studier har gitt indikasjoner på gode resultater, men har bestått av få deltakere. ATT har blitt brukt som selvstendig behandling i studier på andre diagnoser som hypokondri (Papageorgiou & Wells 1998) og depresjon (Papageorgiou & Wells 2000). Trening av oppmerksomhet søker å bryte uheldige kognitive strategier som grubling og grubling, og har vært utprøvd i flere typer angstlidelser (Mohlman, 2004).

Hovedmålet med denne oppgaven er å undersøke om ATT er en effektiv behandlingsmetode for pasienter med sosial fobi når dette blir tilbudt som eneste intervensjon. Det vil bli benyttet ulike måleinstrumenter for å gi en indikasjon på om denne behandlingen er effektiv i behandlingen av sosial fobi. Selv om antallet pasienter inkludert i en slik studie ikke er tilstrekkelig for å trekke sikre slutninger om effekten av intervensjonen vil det likevel kunne gi en indikasjon på om metoden er lovende eller ikke. Flere ledende tidsskrift som *American Journal of Psychiatry* anbefaler at kliniske studier også inneholder en klinisk vignett der en beskrivelse eller intervju med pasienter som har deltatt i studien blir gjengitt. En slik vignett bestående av et intervju med en av deltakerne vil avslutningsvis bli presentert.

METODE

Design

Den aktuelle studien er en delstudie i et større og pågående forskningsprosjekt der pasientene blir randomisert til først å motta enten ATT eller EYF (se figur 1).



Figur 1. Hovedstudien og delstudien (uthevet skrift) design

Etter gjennomføring av disse betingelsene får pasientene tilbud om å gjennomføre den andre betingelsen. Dette gir mulighet til å undersøke om rekkefølgen disse gis i har betydning for utfallet. Hovedstudien design er gjengitt i tabell 1. Som del av dette prosjektet var det et ønske om å gjennomføre en evaluering av ATT som behandlingsbetingelse for denne pasientgruppen. I denne studien rapporteres derfor resultatene fra pasienter som har mottatt

ATT-behandling, men enda ikke fått behandling med EYF. Hver deltaker fikk en sekvens på 4 behandlingstimer. Det ble gjennomført syv symptommålinger, to ganger før første behandlingstime, tre ganger under behandlingsforløpet og to ganger etter avslutning av ATT-behandlingen. Studienes design er uthevet med sort farge i figur 1.

Forberedelser til hovedstudiet og delstudiet

Før gjennomføring ble det utarbeidet av kandidaten en protokoll på behandlingen og satte sammen en treningsplan for studentene som skulle delta som behandlere. Hver behandler fikk opplæring i metodene brukt. Alle behandlingstimer ble tatt opp på video og vurdert av kandidaten og veileder med tanke på om protokoller ble fulgt. Deltakere til studiet ble vervet ved å kontakte Studentenes helsetjeneste i Trondheim (SiT). De som ble sendt fra SiT ble diagnostisert av kandidaten. Diagnosen ble diskutert med veileder før pasient fikk tilbud om deltagelse. Hver pasient ble vurdert av kandidaten før, under og etter behandling.

Forsøkspersoner

Ni pasienter med sosial angst ble henvist til studien fra Studentenes helsetjeneste i Trondheim (SiT). Hos åtte ble det vurdert at kriteriene for inklusjon var til stede og hos en ble symptomnivået vurdert å være subklinisk. Denne personen ble derfor ikke inkludert i studien. Fire personer ble trukket ut til å delta i ATT betingelsen og alle fire fullførte denne behandlingen. Pasientene var alle studenter og i alderen 20-23 år. Kjønnfordelingen var tre gutter og en jente. Ingen av dem hadde kjæreste eller samboer ved oppstart. Den ene hadde tidligere mottatt psykologisk behandling ved SiT, To av fire oppfylte diagnosen unnvikende personlighetsforstyrrelse.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

- 1) Tilstedeværelse av DSM-IV kriteriene for sosial fobi (American Psychiatric Association, 1994)
- 2) Alvorlighetsgrad på ADIS sosial fobi > 4
- 3) Over 18 år
- 4) Mottok for tiden ikke annen psykologisk behandling
- 5) Ingen organisk eller psykotisk lidelse

Måleinstrumenter

Strukturerte intervjuer og spørreskjema ble benyttet i forbindelse med diagnostiske vurderinger og for å måle symptomnivå før, under og etter behandlingen. Følgende måleinstrumenter ble benyttet:¹

Strukturerte kliniske intervjuer

Anxiety Disorders Interview Schedule-IV (ADIS-IV; DiNardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993). ADIS-IV er et semistrukturert diagnostisk intervju basert på DSM-IV kriteriene og utviklet primært for å diagnostisere angstlidelser. Intervjuet innhenter også opplysninger for å diagnostisere andre psykiske lidelser som kan opptre sammen med angstlidelser, som blant annet depresjon.. Gjennom intervjuet vurderes graden av symptomalvorlighet og funksjonsforstyrrelse ved de ulike angstlidelsene (Clinical Severity Rating, CSR). Dette skåres på en skala fra 0-8, hvor 0 er ingen plager. Skåre 4 er beregnet som terskelen for diagnose. Alle diagnostiske intervjuene ble gjort av undertegnende.

¹ Vedlagt i appendiks er rasjonale, treningsutfylling og sjekkliste brukt.

Intervjuene ble tatt opp på video. Grunnlaget for diagnosene ble presentert for en psykologspesialist ved Psykologiske Poliklinikker ved NTNU, som kontrollerte om diagnosen var oppfylt.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II; Maffei, et al., 1997)
SCID-II er et strukturert intervju for å diagnostisere personlighetsforstyrrelse (Aks II i DSM-IV) basert på DSM-IV kriteriene. I dette forsøket ble kun spørsmålene for SCID-II unnvikende personlighetsforstyrrelse benyttet.

Spørreskjema

Beck Anxiety Inventory (BAI; (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988a). Dette skjemaet måler alvorlighetsgrad av kognitive og somatiske symptomer relatert til angst. Skjemaet består av 21 ledd og scores på en 4 punktskala fra 0-3. 0 betyr ikke plaget og 3 betyr svært plaget. En samlet skåre på under 10 indikerer at pasienten er asymptomatisk. Skalaen har høy indre konsistens ($\alpha=.94$) og test-retest reliabilitet i løpet av en uke på .73 (Frydrich, Dowaldall, & Chambless, 1992).

Fear of Negative Evaluation scale (FNE ; Watson & Friend, 1969). Spørreskjemaet FNE måler situasjoner av sosialevaluerende angst og består av 30 påstander relatert til sosial angst. Responsskalaene består av to punkter (sant og usant). En samlet skåre på under 10 indikerer et lavt symptomtrykk. FNE har høy indre konsistens ($\alpha=0.94$), god test-retest validitet ($r = 0.78$), og sammenliknet med målinger av sosial ønskelighet, har den god diskrimineringsvaliditet ($P < 0.01$) (Watson & Friend, 1969).

Social Phobia Rating Scale (SPRS; Wells, 1997). SPRS er et selvrapporteringskjema for sosial fobi. Det inneholder fem ledd vedrørende opplevelse av sosiale fobi. Leddene måler hvor forstyrrende angsten oppleves, grad av unngåelse, grad av selvfokus, anvendelse av sikkerhetsatferd og tro på negative tanker som oppstår i sosiale situasjoner. Fire av disse

leddene rangeres på en skala fra 0-8, mens leddet som måler kognitive antakelser rangeres fra 0-100. I denne studien er det tilført et sjette ledd på SPRS, som er følgende: ”Hvor mye har du grublet over eller tenkt på sosiale situasjoner i løpet av den siste uken?” Dette leddet rangeres på en skala fra 0-8.

Registreringsskjema for hjemmearbeid.

Det var forventet at pasienten skulle gjennomføre ATT treningen mellom terapisesjonene. For å øke samarbeidet omkring hjemmeoppgavene ble det delt ut skjemaer for å registrere hjemmearbeid.

Prosedyre

Personer som ble henvist til studien ble kalt inn til utredningssamtale og mottok der informasjon om betingelsene for deltagelse i studien og fylte ut samtykke for deltagelse. De fylte deretter ut SPRS, BAI og FNE før det ble gjennomført utredning med ADIS- IV og SCID-II (APD) utført av en uavhengig rater. Pasientene som ble vurdert å tilfredsstillende inklusjonskriteriene fikk tilbud om å delta. Før hver sesjon ble SPRS, FNE og BAI fylt ut. Ved avslutning av utredningssamtalen fikk deltakerne utdelt et sett av spørreskjemaene SPRS, FNE og BAI. Midtveis og ved behandlingsbytte av hovedstudiet ble det også foretatt et ADIS intervju der sosial fobimodulen ble benyttet. I tillegg registrerte pasientene kontinuerlig informasjon vedrørende hjemmearbeidet. Denne informasjonen ble registrert på et skjema som pasienten leverte ukentlig til sin behandler (se vedlegg 3). For å kartlegge hvordan pasientene opplevde gjennomføringen av ATT, ble det gjennomført et semistrukturert intervju med en av pasientene.

To studenter ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU deltok som behandlere i studien. Behandlerne ble veiledet av undertegnede og en psykologspesialist med betydelig erfaring

innen behandling av sosial fobi. For å sikre behandlingsintegritet benyttet behandlerne en behandlingsmanual (se vedlegg 1) med en detaljert sjekklister for hver sesjon (se vedlegg 2).

Behandling

Pasientene ble tilbudt 4 individuelle ukentlige behandlingssesjoner. Rasjonale for ATT ble beskrevet og pasienten ble så bedt om å angi tro på behandlingen på en skala fra 0 (ingen tro) til 100 (helt overbevist). Disse bestod i en 10 minutters gjennomgang av hjemmeoppgaver og deretter kontroll av skjemaer. Det ble så gjennomført ATT-øvelser. I slutten av hver time ble det satt av tid til eventuelle spørsmål. Under behandlingen ble det benyttet en CD med de aktuelle ATT oppgavene. Dette var for å sikre at behandlingen ble gjennomført likt i forhold til de ulike pasientene. CD med ATT oppgavene ble også gitt til pasientene slik at de hadde mulighet til å trene mellom timene. ATT øvelsen varer i 12 minutter og består i tre auditive oppmerksomhetsøvelser: Selektiv oppmerksomhet, hurtig skifte i oppmerksomhet og delt oppmerksomhet. Pasienten rangerte sin grad av selvfokus både før og etter oppmerksomhetstreningen. Dersom treningen ikke medførte endring i selvfokus ble mulige årsaker til dette undersøkt.

RESULTATER

Ettersom studien er gjennomført med et lavt antall pasienter er det begrensede muligheter for å gjennomføre statistiske tester for å sammenlikne symptomnivå før og etter intervensjonen.

Resultatene antas likevel å kunne gi en indikasjon og blir presentert grafisk.

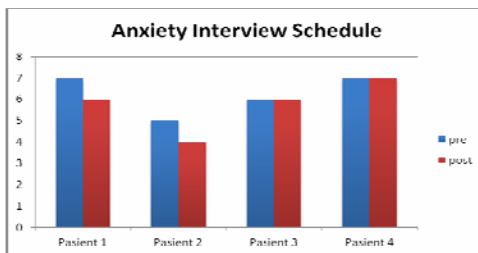


Figure 2 Sosial fobi symptomnivå (ADIS) før og etter ATT-Behandling

ADIS:

På ADIS-intervjet oppnådde to av fire pasienter noe reduksjon i symptomnivå. To pasienter viste ingen endring.

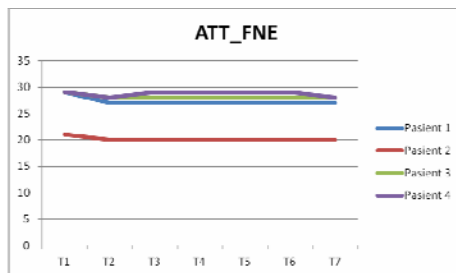


Figure 3 Resultater FNE

FNE:

Alle pasientene viste gjennom behandlingsforløpet lite

eller ingen endring på skjemaet Fear of Negative Evaluation (FNE).

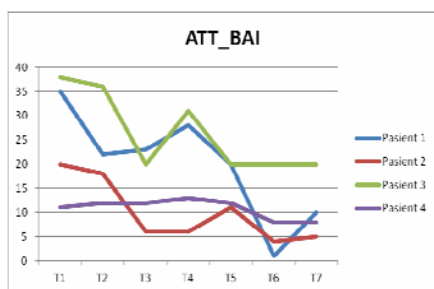


Figure 4 Becks Anxiety inventory (BAI)

BAI:

Alle pasienter rapporterte om betydelig reduksjon i skårer

på Becks Anxiety Inventory (BAI) i løpet av behandlingen.

SPRS

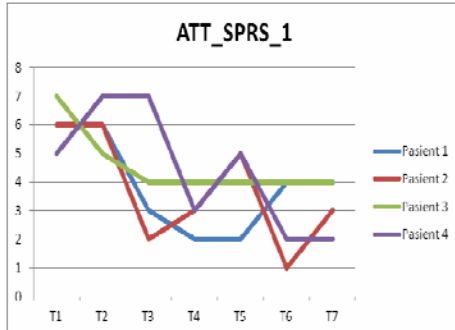


Figure 5 Skåre på spørsmål om sosial unngåelse

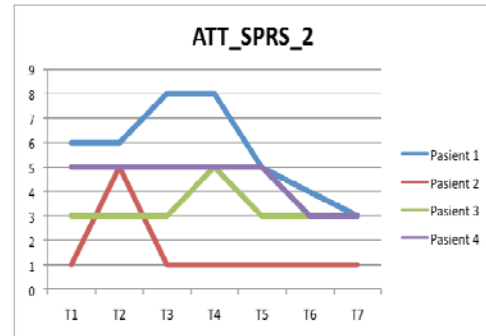


Figure 6 Spørsmål om hvor forstyrrende sosial angst har vært

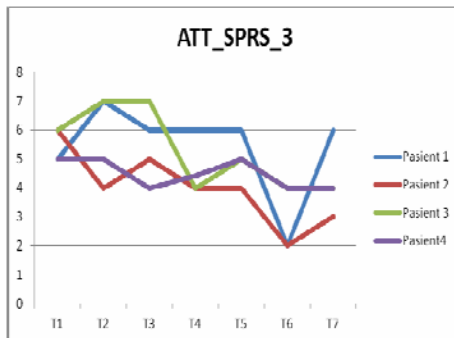


Figure 7 Grad av selvopphengthet ved sosiale situasjoner

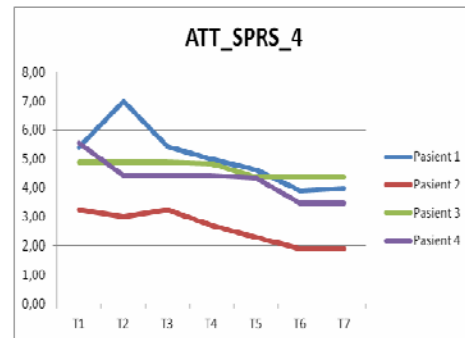


Figure 8 Skåre på beskytelsesatferd i sosialesituasjoner

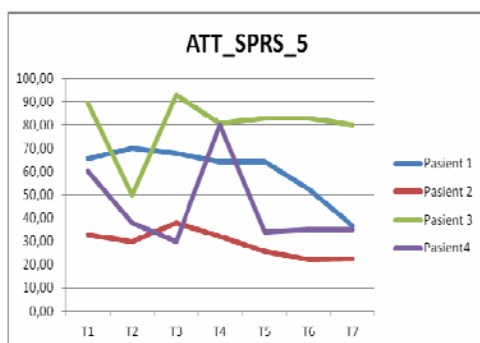


Figure 9 Grad av katastrofetanker assosiert med sosiale situasjoner

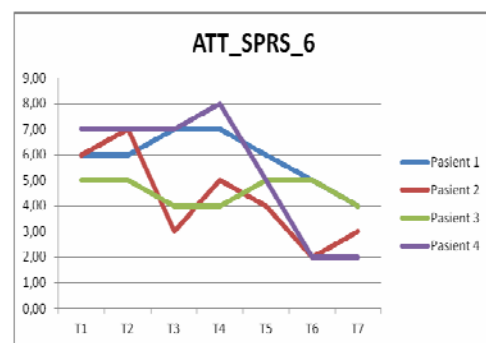


Figure 10 Grad av grubling i etterkant av sosiale situasjoner

Figur 5 viser at to av fire pasienter rapporterte en reduksjon og to rapporterte ingen endring på spørsmålet ” Hvor mye har du unngått sosiale situasjoner på grunn av din angst i løpet av siste uke”.

Figur 6 viser at to pasienter har hatt ingen endring på spørsmålet om hvor forstyrrende den sosiale angsten har vært, mens to pasienter har hatt en nedgang.

Figur 7 viser en pasient rapporterte ingen endring, en 50 % reduksjon, en rapporterte 33 % reduksjon og den siste om 20 % økt skåre på spørsmålet ”Hvor selvopphengt har du følt deg i vanskelige sosiale situasjoner i den siste uken?”.

Figur 8 viser at alle pasientene rapporterte om en gjennomsnittlig reduksjon i bruk av ulike trygghetshandlinger definert av SPRS. Dette ble gjort ved å regne gjennomsnittet av trygghetshandlingene fra uke til uke.

Figur 9 viser at alle pasientene rapporterte om gjennomsnittlig reduksjon i katastrofetanker knyttet til sosiale situasjoner slik de er definert av SPRS. Dette ble gjort ved å regne ut gjennomsnittet av skåre på katastrofetanker.

Figur 10 viser at alle pasientene beskrev en reduksjon i grubling rundt sosiale situasjoner den siste uken. Som man kan se fra tabell 1 er de ulike skårene for hvert mål for hver pasient beskrevet.

Tabell 1. Prosentvis endring i ulike symptom mål fra før til etter behandling.

Mål	Pasient 1	Pasient 2	Pasient 3	Pasient 4	Snitt per mål
ADIS	14	20	0	0	8.5
FNE	7	5	3	3	4.5
BAI	71	75	47	27	55
SPRS 1	33	50	43	60	46.5
SPRS 2	50	0	0	40	22.5
SPRS 3	-20	50	33	20	20.75
SPRS 4	26	41	10	38	28.75
SPRS 5	44	32	10	42	32
SPRS 6	33	50	20	71	43.5
Snitt per pasient	28.7	35.9	18.4	33.4	

Note. ADIS = Anxiety Disorders Interview Schedule-IV, BAI= Beck Anxiety Inventory (BAI), FNE = Fear of negative evaluation, SPRS = Sosial phobic rating scale

Diskusjon

Studiet hadde et lavt antall deltagere, noe som gjorde det interessant å bruke det som en test på ATT som eneste intervensjon ved behandling av sosial fobi. Det ble gjennomført ulike målinger før, under og etter behandlingen.

På spørreskjemaet Social Phobia Rating Scale (SPRS) rapporterer alle pasientene en endring i sosial atferd og tanker. De har mindre grad av grubling etter behandlingen sammenliknet med før. De rapporterer at deres sosialangst er mindre forstyrrende, at de ikke så ofte benytter seg av trygghetshandlinger i sosiale situasjoner, at de i mindre grad har katastrofetanker i sosiale

situasjoner og at de i mindre grad har grublet over eller tenkt på sosiale situasjoner i løpet av siste uke. På spørsmål om hvor selvopphengt de har følt seg i sosiale situasjoner den siste uken, svarer tre av fire pasienter at de har opplevd reduksjon og en pasient rapporterer om noe økning. På spørsmål om hvor mye de i løpet av den siste uken har unngått sosiale situasjoner på grunn av angst rapporterer to av pasientene om reduksjon og to pasienter som ingen endring. Det er verdt å merke at pasientene som ikke rapporterte om reduksjon i utgangspunktet hadde lave skårer (3 og 1). Det var også interessant at alle pasientene rapporterte om mer enn 50 % reduksjon i totalskåre på Becks Anxiety Inventory (BAI). På det strukturerte intervjuet Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) rapporterte pasientene lite eller ingen endring og det samme var tilfelle på skjemaet Fear of Negative Evaluation (FNE). Dette er på det samme nivået rapporterte i det eneste studie av ATT med sosialfobi som enkeltstående behandling (Wells et al 1997). Katastrofe tankene (Figure 5) gikk også ned for pasientene men ikke så mye som det gjorde for en pasient i det tidligere studie til Wells. Imidlertid, gikk behandlingen over mye lengre tid slik at det er naturlig at det var mer tid for å endre tankene i Wells studiet.

At pasientene rapporterer reduksjon på flere av SPRS leddene vurderes å være spesielt interessant ettersom både ATT og SPRS er utviklet med utgangspunkt i Self-Regulative Executive Function (S-REF) modellen til Wells og Matthews (1994). I følge denne opprettholdes sosial fobi blant annet av mekanismer som selektiv og selvfokusert oppmerksomhet. Slik oppmerksomhet medfører i følge modellen at pasientene trekker slutninger basert på ikke representativ, begrenset eller feilaktig informasjon. ATT er utviklet for å styrke pasienters evne til å holde et eksternt fokus og det antas at dette kan bidra til at pasientene får mulighet til å trekke slutninger basert på mer realistisk informasjon. Eksternt fokusert oppmerksomhet antas også å representere alternativ til prosesser som grubling og bekymring som regnes for å være kapasitetskrevede prosesser som i stor grad innebærer

internt fokusert oppmerksomhet (Wells & Papageorgio 1998). At pasientene beskriver reduksjon i hvor forstyrrende sosialangsten har opplevdes, at de ikke så ofte benytter seg av trygghetshandlinger i sosiale situasjoner, at de i mindre grad har katastrofetanker i sosiale situasjoner og at de i mindre grad har grublet over eller tenkt på sosiale situasjoner i løpet av siste uke er med andre ord forenlig med denne modellen.

At pasientene i liten eller ingen grad rapporterte endring på FNE eller på ADIS er interessant. Dette fordi disse instrumentene er mye brukte utfallsmål ved behandling av sosial fobi, i motsetning til BAI som er et generelt angstsmål og SPRS som er utviklet for å kartlegge prosesser som er antatt viktige for opprettholdes av sosial fobi. Det kan være flere forklaringer på dette misforholdet. På den ene siden kan det tenkes at endringer på eksempelvis SPRS går forut for endringer på FNE og ADIS. FNE er dikotom og situasjonsspesifikk. De må si at de ikke er redd i en viss situasjon lengre. SPRS har mer interessante prosessmål som tyder på en positiv effekt av ATT er underveis. Selv ved endring i prosesser som er sentrale ved sosial fobi er det mulig at pasientene trenger tid for å samle seg tilstrekkelig erfaring og at skårene på utfallsmålene først da vil reduseres. På den andre siden kan det tenkes at samtidig fokus på oppmerksomhetsprosesser og systematisk eksponering for sosiale situasjoner vil kunne gi bedre effekt enn ved ATT alene. Gjennom kontrollerte studier vil det kunne avklares hva som er et optimalt forhold mellom prosessbaserte teknikker som ATT og systematisk trening i reelle situasjoner.

Studien har flere svakheter, og den største begrensningen ligger i at det kun ble inkludert 4 pasienter. Det lave antallet deltakere gjør det vanskelig å skulle trekke slutninger om effekten av intervensjonen og endringer kan med relativ stor sannsynlighet være resultat av tilfeldigheter. Ved å inkludere baselinemålinger ville muligheten for å trekke slutninger basert på studien vært større. Det er også en begrensning at det ikke ble gjennomført noen sammenlikning mellom ulike behandlingsbetingelser. Som resultat av dette er det ikke mulig

å vite om endringene som ble rapportert hadde inntruffet uansett hvilken type intervensjon som hadde blitt gjennomført ("placebo effekten") eller om endringer er mer spesifikke for intervensjonen som ble gjennomført. Dette er spørsmål som vil kunne besvares gjennom hovedstudien. Pasientene mottok bare 4 sesjoner med assistert ATT trening. Det er mulig at dette "dosemessig" er for lavt til å evaluere effekten av metoden, og at pasientene ville oppnådd større grad av endring dersom dette hadde vært utvidet. Til tross for dette vurderes det som interessant at alle pasienter gjennomførte behandlingen og at resultatene viste trender i retning av endring i angst generelt og på faktorer som antas å være viktig for opprettholdelse av sosial fobi. I forhold til prosjektets hovedmål, nemlig å undersøke om ATT som teknikk lar seg gjennomføre som eneste intervensjon for pasienter med sosial fobi, vurderes det som mulig å bygge et erfaringsgrunnlag som kan være verdifullt som et forarbeide for hovedstudien dette prosjektet er en del av.

At fire pasienter faktisk gjennomførte behandlingen gir en indikasjon på at metoden er akseptabel for pasientene. Det er samtidig en risiko for at pasientene følte seg forpliktet til dette fordi det ble opplyst om at behandlingen var del av et prosjekt. Enkelte av deltakerne kan ha følt seg forpliktet til å fullføre behandlingen fordi de ikke ønsket å "ødelegge" for prosjektet. Dette vil antakelig være mindre aktuelt ved "vanlig klinisk praksis" og det vurderes som viktig at det gjøres ytterligere vurderinger av i hvilken grad metoden er akseptabel og ønskelig for pasientene. Som et supplement til rapportene fra ADIS intervjuet og spørreskjemaene ble det derfor gjennomført et intervju med en av pasientene for å undersøke hvordan denne behandlingsintervensjonen ble opplevd. Pasienten var eneste som på tidspunktet for oppringing tok telefon.

Klinisk vignett: Intervju med pasient som har mottatt behandling med ATT

I etterkant av studien ble en av pasientene kontaktet og spurt om han kunne tenke seg å dele sine opplevelser med og vurderinger av behandlingsmetoden Attention Training Technique (ATT). Pasienten ble brukt siden han var den første som hadde tid til intervjuet. Han ble videre informert om at negative erfaringer kunne være like verdifulle som positive og at han ikke trengte å ta noen andre hensyn enn å gi en beskrivelse av hans opplevelser og vurderinger.

Selv om en del av intervjuet bestod av lukkede spørsmål ble pasienten informert om at han gjerne kunne kommentere utover det konkrete innholdet i disse spørsmålene. For å sikre at pasienten fikk mulighet til fritt å dele sine opplevelser ble det også stilt åpne spørsmål der pasienten kunne dele sine opplevelser og vurderinger.

På spørsmål om hvor mye nyttig pasienten opplevde behandlingen med ATT, på en skala fra 0 (ingen nytte) til 100 (svært nyttig) oppga pasienten 60. Han beskrev videre at ”det var først anstrengende å gjennomføre treningen. Mange av lydene fant jeg ikke, og det var vanskelig å skifte mellom de enkelte lydene uten å bli hengt opp i de andre. Det ble etter hvert enklere å skille mellom lydene”. Han fortalte at han i den første perioden var usikker på om dette ville være nyttig i det hele tatt, og at han var usikker på om han ”gjorde det rett”, men at opplevelsen av mestring økte etter hvert.

Med utgangspunkt i samme skala ble han spurt om hvor stor grad av endring han opplevde som resultat av ATT. Han svarte da 50 og fortalte videre at ”ATT virket ikke å ha en effekt i starten. Jeg var skeptisk til om dette kom til å ha noen effekt. Det var først veldig rotete og vanskelig å få til. Da var anstrengende, men også litt beroligende”. Han fortalte videre at ”selv om jeg ikke følte effekten i så stor grad først, merket jeg et tydelig skifte i fokus. Effekten var økende etter hvert som jeg fikk det bedre til”.

Han ble deretter spurt om hvor enkelt det var å gjennomføre ATT i timene. På dette svarte han 80. Han fortalte videre at ”når jeg var i timen, og satt med terapeut var det enkelt å gjennomføre sesjonen” og at ”effekten virket også å være sterkere den første tiden med terapeuten til stede. Det var enklere å konsentrere seg og jeg følte jeg fikk det bedre til. Det føltes som mindre tiltak, siden jeg allerede hadde en time jeg skulle møte opp til. Jeg visste også at det var dette jeg skulle gjøre”. Videre fortalte han at ”når jeg etter hvert følte mer forandring i fokus, var det enklere å motivere meg”. På spørsmål om hvor enkelt det var å gjennomføre øvelsene hjemme svarte han 80. Han fortalte da at ”oppgaven var veldig enkel. Jeg skulle gjennomføre treningen to ganger daglig. Det bestod bare i å sitte ned å lytte og konsentrere seg”. Han fortalte videre at ”det var forskjeller i hvor enkelt det var å få det til. Enkelte ganger følte jeg lite skifte av fokus, og det føltes som jeg ikke hadde gjort det rett. Det ble enklere etter hvert”.

Han ble deretter spurt om hvor ofte han gjennomførte oppgaven som planlagt og om det var ganger han ikke gjorde det. Til dette svarte han at ”siden jeg var med i denne studien, satte jeg av tid til det. Det var dager da jeg bare gjorde det en gang. Som regel skyldtes dette at jeg var sliten på kvelden, eller at jeg hadde andre ting å gjøre”. Videre fortalte han at ”oppgaven i seg selv var ikke så spennende, så det var dager det var anstrengende å gjennomføre den. Siden jeg skulle føre opp på et skjema når og hvor ofte jeg gjorde det, og dette ble kontrollert, ga det ekstra motivasjon til å utføre oppgaven”. På spørsmål om hvor godt han syntes at han fikk det til svarte han så 90. Han forklarte da at ”jeg synes etter hvert at jeg fikk det veldig bra til. Det løsnet liksom litt. Selv om det var kjedelig, var det litt behagelig å utføre”.

På spørsmål om hva som var de største utfordringene eller hvorfor han eventuelt ikke fikk det til svarte han at ”jeg hadde få utfordringer. Var bare om jeg var trøtt eller ikke fikk tid”. Det ble videre stilt spørsmål om han kommer til å benytte ATT igjen. Til dette svarte han ”nei,

føler ikke det er nødvendig”. På spørsmål om hva som var hensikten med ATT fortalte han at ”det er å rette oppmerksomheten utover. En trening i ikke å fokusere så mye på seg selv”.

Han ble spurt om hvor logisk han syntes denne behandlingen virker og han svarte da 60 .

Videre forklarte han at ”det gir mening, men var vanskelig å forstå til å begynne med”. På spørsmål om han ville kunne anbefale denne behandlingen til en venn som var ekstremt plaget av sosial fobi svarte han 60. ”Ja. Det var et ok bidrag, men ikke som den eneste

behandlingen”. Videre svarte han 90 på spørsmål om hvor stor tro han hadde på at en venn som var ekstremt plaget med sosial fobi ville kunne gjennomføre behandlingsopplegget. ”Det var ikke vanskelig, men kunne være noe vanskelig å forstå hensikten”. På spørsmål om hvor mye han tror at ATT kunne hjelpe en venn som er ekstremt plaget med sosial fobi svarte han 40. ”Det vil kunne hjelpe, men ikke alene. Kan være ganske nyttig som del av behandling der det også ble gjort mer praktisk”.

Basert på samtalen med pasienten gir han et inntrykk av å ha opplevd metoden hjelpsom, men vanskelig å forstå anvendelse av den. Dette har medført at han til å begynne med synes hensikten var uklar. Han sier at den etter hvert ga mer mening, og at han følte mestring. Det vurderes som usikkert om dette er en utfordring med metoden eller om rasjonale for behandlingen kunne vært bedre gjennomgått. Pasienten gjentok flere ganger at gjennomføringen av oppgavene ikke var vanskelig, men at det kunne vært litt kjedelig og vanskelig å motivere seg for dette når hensikten med øvelsene var uklar. Selv etter at han var ferdig med oppgavene var han tydelig på at metoden nok ikke var tilstrekkelig, men at den burde være del av et mer omfattende behandlingsregime der systematisk eksponering for sosiale situasjoner inngikk. Alt i alt var pasienten veldig fornøyd med at han hadde deltatt og poengterte flere ganger at han var veldig fornøyd med tilbudet om å delta.

KONKLUSJON

Studiens hovedmål var å undersøke om ATT kan være en god behandlingsmetode for pasienter med sosial angst, selv når den blir gitt som eneste behandling. Resultatene viste at pasientene i studien opplevde reduksjon i en rekke symptomer og faktorer som vurderes som sentrale for opprettholdelse av sosial angst. Til tross for dette var det lite endring på de diagnostisk mest relevante målene noe som antas å ta mer tid og sosial erfaring. På grunn av det lave antallet forsøkspersoner inkludert, mangel på kontrollgruppe eller baselinemåling er det begrensede muligheter til å trekke slutninger basert på resultatene. Resultatene vurderes likevel å være lovende og gi en indikasjon på at metoden er gjennomførbar og akseptabel for pasientene. Det anbefales derfor at det gjennomføres større kontrollerte studier der dette undersøkes.

REFERANSELISTE

Acarturk ,C., Graaf, Ron de., van Straten, A.ten Have, M. & Cuijpers, P. (2008) Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*; 43 Issue 4, 273-279.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utgave). Washington DC : APA.

Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. A. (1988a). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Bögels, S.M., & Mansell, (2004) Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance, and self-focused attention, *Clinical Psychology Review* 24, 827–856

Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus Fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo- controlled trial. *Journal of consulting and clinical therapy*, 71, 1058-1067.

DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorders categories: Using the Anxiety Disorders Interview-Schedule Revised (ADISR). *Archives of General Psychiatry*, *50*, 251–256.

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. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.

Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II, Version 2.0). *Journal of Personality Disorders*, *11*, 279-284.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 741–756

Rutle, M. (2009). Oppmerksomhetstrening og eksponering med eksternt fokus som behandlingsform for sosial fobi: En eksplorerende kasusstudie. Hovedoppgave ved profesjonstudiet i psykologi. NTNU.

Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M.R., & Weissman, M.M. (1992). Social Phobia; Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Behavioral Research and Therapy*, 35, 741-756.

Schultz, L.T., & Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221.

Veale, D. (2003). Treatment of social phobia. *Advances in psychiatric treatment*, 9, 258-264.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 488-457.

Wells, A. (1995). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy* Volume 21, Issue 3, Summer 1990, Pages 273-280

Wells, A. (1997). *A cognitive therapy of anxiety disorders*. Ed .Chichester; John Wiley & Sons.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.

Wells, A. White, J. & Carter, K. (1997). Attention Training: Effects on Anxiety and Beliefs in Panic and social Phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol. 4 (4), 226±232.

Wells, A. Clark, D, M. Salkovskis, P. Ludgate, J. Hackmann, A & Gelder, M. (1995) social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy, Volume 26, Issue 1*, Winter 1995, Pages 153-161

Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: effects of external attention on anxiety. Negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*.29, 357-370

Öst, L-G. (1989) One-Session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.

Vedlegg 1

Oppmerksomhetstrening rasjonale

I løpet av en dag har vi alle mange tanker. Noen tanker husker vi ikke å ha tenkt. Andre tanker bruker vi mye tid på. Ingen av oss har helt kontroll over hva vi tenker på, det er heller ikke meningen. Om du får beskjed om ikke ■ tenke på en blå kanin, er det sannsynlig at du tenkte på nettopp en blå kanin. Vår hjerne fungerer slik. Det vi har mulighet til å kontrollere, er hva vi skal rette fokuset vårt mot. Du skal nå få lære en teknikk kalt Oppmerksomhetstrening (OT) som skal hjelpe deg til å få mer kontroll over oppmerksomheten din.

OT er en auditiv oppmerksomhetsøvelse. Den innebærer trening av selektivoppmerksomhet, raske skift av oppmerksomhet og delt oppmerksomhet. Alle delene trenes i løpet av en OT sesjon. Du vil få med deg en CD som gir instruksjoner.

Det er viktig å teste din forståelse av denne teknikken, og hvor mye du tror den kan hjelpe deg. Du blir derfor spurt ”Hvor mye tror du denne prosedyren vil hjelpe deg med å overvinne dine problemer? Kan du uttrykke det på en skala fra 0-100

Før og etter treningen, vil du bli spurt på en skal fra -3 - +3 om grad av selvfokus. Det er viktig at du forstår hva som menes med selvfokus.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Helt			Lik			Helt
eksternt			mengde			selvfokusert

Selvfokus øker intensiteten i indre reaksjoner. Det avdekker flere slike reaksjoner, og er med på å opprettholde dem etter hendelse med negative antakelser og emosjoner. Målet er ikke å skyve bort alt annet fra bevisstheten, men å trene på å rette oppmerksomheten i en bestemt retning. De negative tankene og emosjonene skal få lov til å utfoldes seg som de må. Prosedyren er ikke enkel og krever trening. Om det dukker opp distraherende tanker, kan dette sees på som ekstra trening. Det er viktig at du fortsetter å trene, spesielt når det er

vanskelig. Som alle andre ting du har lært deg, var det sjelden du fikk det til med en gang. Teknikken vil bli enklere om du fortsetter å trene. Det anbefales at du trener min 2 ganger daglig.

Vedlegg 2

Sjekkliste for ATT

Dato:

Sesjon nr:

Behandler:

Oppgave:	Eventuelt:	Sjekk:
Forberede ATT og <i>lage frykt hierarki for sosial fobi</i> . (bare første time)	Beskrivelse:	
Ta imot testpakke	Vis ikke levert, fyll ut før timen	
Kontrollere ATT registrering	Viktig at de øver hjemme. Se derfor over ATT/eksponerings registrering og oppfordre til videre trening	
Teste rasjonale av ATT	Forstår vedkommende treningen?	
Teste forventning til ATT (0-100)	Score og beskrivelse:	
Teste eksternt/internt fokus (pre) ATT	Skala -3 - +3	
Teste eksternt/internt fokus (post)	Skala -3 - +3: normalisere opplevelse	
Kontrollere om pasient har brukt ATT i dagliglivet (veiledende å bruke FNE)	Hvordan:	
Dele ut testpakke! (SPRS, BAI, FNE og registrerings skjema)	Minne på å fylle ut til neste gang	

