



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

**KOGNITIV BETEENDETERAPI VID MORBID SVARTSJUKA**  
Med psykoedukativt tillägg baserat på evolutionspsykologisk teori

**Joakim Orwar**

Psykoteraeutexamensuppsats Vol II (2007):01

Handledare: Olof Rydén  
Examinator: Gardar Viborg

### **ABSTRACT**

Morbid jealousy is a relatively common problem that often results in relational conflicts, frequently involving violence. Eventually many relationships break down as a consequence of these conflicts. Despite of this morbid jealousy is considered to be under-researched. As regards the treatment of morbid jealousy there is however some evidence that cognitive behaviour therapy is a worthwhile treatment, and there is also a growing body of evidence that jealousy, normal as well as morbid, is an evolutionary adaptation. This study integrates an evolutionary psychological approach with cognitive behaviour therapy in the treatment of morbid jealousy. The purpose of the study was partly to examine if psychoeducation based on evolutionary psychological theory of jealousy is tolerated by the patients, partly to examine whether the patients could benefit from this intervention in their efforts to cope with morbid jealousy. The findings suggest that psychoeducation based on evolutionary psychological theory of jealousy is tolerated well by the patients. Furthermore the findings give some promise that the management of morbid jealousy can be facilitated by means of psychoeducation based on evolutionary psychological theory of jealousy.

*Keywords:* Morbid jealousy, cognitive behavior therapy, evolutionary psychology, psychoeducation.

Tack!

Jag vill rikta ett stort tack till studiens deltagare. Utan er ingen studie och jag kan inte tacka er nog för att ni ställde upp.

Stort tack även till Olof Rydén för engagerad, kunnig, rapp och trevlig handledning.

Sist men inte minst tack till Mirjam för hennes tålamod och stöd.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	5
<b>TEORI OCH BAKGRUND</b>	5
<b>Definitioner</b>	5
<b>Prevalens och komorbiditet</b>	6
<b>Psykiatriskt perspektiv</b>	6
<b>Socialt perspektiv</b>	7
<b>Orsaker</b>	7
<i>Psykoanalys och psykodynamisk teori</i>	7
<i>Anknytningspsykologi</i>	8
<i>Socialkonstruktivism</i>	8
<i>Evolutionpsykologi</i>	8
<b>Behandling</b>	10
<i>Farmakologisk behandling</i>	10
<i>Psykologisk behandling</i>	10
<i>Kognitiv beteendeterapi</i>	11
<b>Evolutionpsykologi och kognitiv beteendeterapi</b>	12
<b>Syfte</b>	13
<b>METOD</b>	14
<b>Deltagare</b>	14
<b>Design</b>	14
<b>Behandling</b>	15
<b>Mätinstrument</b>	16
<b>Procedur</b>	17
<b>FALLBESKRIVNINGAR</b>	17
<b>RESULTAT</b>	27
<b>Symptomformulär</b>	27
<b>Utvärderingsformulär</b>	28
<b>DISKUSSION</b>	30
<b>Studiens begränsningar</b>	33
<b>Slutsatser och förslag till fortsatt forskning</b>	33
<b>REFERENSER</b>	34
<b>BILAGOR</b>	38
<b>Bilaga 1</b>	38
<b>Bilaga 2</b>	41
<b>Bilaga 3</b>	42

## INLEDNING

Svartsjuka är något som de flesta människor någon gång i livet drabbas av (se t.ex. Buss, 2000). I de flesta fall orsakar svartsjukan inte några problem, utan är snarare en ändamålsenlig reaktion på otrohet. Det är dock inte ovanligt att svartsjukan antar sådana proportioner att man måste tala om patologisk eller morbid svartsjuka. Trots att denna typ av svartsjuka orsakar ett betydande psykiskt lidande och dessutom omfattande relationella och sociala problem (se t.ex. Kingham & Gordon, 2004), är det inte särskilt väl studerat (se t.ex. Bishay, Tarrier, Dolan, Beckett & Harwood, 1996). Vad detta beror på är svårt att säga, men man kan få intrycket att svartsjuka är en så självklar och ofreflekterad del av vår känslö- och beteenderepertoar att få höjer på ögonbrynen ens när den blir destruktiv. De ständigt återkommande rapporterna i media om våldsdåd som orsakats av svartsjuka tycks i alla fall inte väcka frågor om svartsjukan och dess destruktiva kraft.

Det begränsade intresset för svartsjuka återspeglas även i behandlingsforskningen, där få studier är gjorda på området. Trots detta finns ett visst stöd för att kognitiv beteendeterapi kan vara av värde vid morbid svartsjuka. Föreliggande studie syftar till att undersöka om en evolutionspsykologisk förklaringsmodell för svartsjuka går att integrera i kognitiv beteendeterapi mot morbid svartsjuka. Evolutionspsykologiska hypoteser kring svartsjuka har på senare år fått starkt stöd i ett flertal studier, och en tillämpning av dessa psykoedukativt i kognitiv beteendeterapi ligger i linje med ett ökat intresset för evolutionspsykologisk teori inom denna terapitradition.

## TEORI OCH BAKGRUND

### Definitioner

Svartsjuka beskrivs oftast som en i huvudsak emotionell reaktion på otrohet eller misstankar om otrohet, välgrundade eller ogrundade (Pfeiffer & Wong, 1989). De flesta forskare på området betraktar svartsjuka som en komplex och skiftande kombination av olika negativa emotioner, t.ex. ilska, ledsnad och skam (se t.ex. Buss, 2000; Buunk & Bringle, 1987; Lazarus, 1991). Följaktligen kan vilken negativ emotionell reaktion (eller kombination av negativa emotioner) som helst på denna typ av hot mot en värderad relation betraktas som svartsjuka (Pfeiffer & Wong, 1989). Svartsjuka omfattar dock i hög grad även kognitiva, fysiologiska och beteendemässiga komponenter. De kognitiva och beteendemässiga komponenterna är för övrigt mycket framträdande i svartsjuka och karakteriseras bl.a. av ständigt återkommande tankar om partnerns trohet och beteenden som syftar till att upptäcka och/eller förhindra otrohet.

Som nämndes i inledningen kan svartsjuka ses som en ändamålsenlig reaktion på otrohet (se t.ex. Buss, 2000; Ellis, 1996). Inte sällan är dock svartsjukan dysfunktionell, d.v.s. den är inte orsakad av faktisk otrohet eller välgrundade misstankar om otrohet. Den förstnämnda typen av svartsjuka betraktas som normal svartsjuka, medan den andra betraktas som mer eller mindre patologisk (se t.ex. Ellis, 1996; Bishay et al. 1996). (I litteraturen betecknas patologisk svartsjuka oftast som morbid svartsjuka, och fortsättningsvis används därför den beteckningen även här.) Morbid svartsjuka

definieras av Bishay et al. (1996) som en ”överdriven ogrundad upptagenhet av en partners trohet som leder till signifikant personlig och interpersonell dysfunktion”. Den morbida svartsjukan delas i sin tur ofta in i psykotisk eller icke-psykotisk morbida svartsjuka (Dolan & Bishay, 1996). Då normal svartsjuka och icke-psykotisk morbida svartsjuka kan sägas ligga på varsin ände av ett kontinuum, är gränsdragningen mellan tillstånden ofta svår att göra. Denna svårighet har bidragit till att vissa forskare velat reservera termen morbida svartsjuka för personer som lider av vanföreställningar, vilket enligt Dolan & Bishay (1996) varit vägledande för klassifikationen av svartsjuka i DSM-systemet.

### **Prevalens och komorbiditet**

Enligt Kingham och Gordon (2004) finns inga uppgifter om prevalens för morbida svartsjuka men de hävdar att de flesta kliniker inte sällan stöter på problemet. I olika enkätundersökningar som gjorts i USA medger nästan alla, både män och kvinnor, att de haft åtminstone en episod av intensiv svartsjuka. I dessa enkätundersökningar uppger också 31 % att deras svartsjuka ibland varit svår att kontrollera (Buss, 2000). Trots att detta inte ger mer än mycket vaga indikationer om prevalensen för morbida svartsjuka (Buss är för övrigt mycket obenägen att tala om svartsjuka i termer av komorbiditet), visar det i alla fall att svartsjuka är ett allmänt utbredd och inte sällan problematiskt fenomen.

Kingham och Gordon (2004) hävdar att morbida svartsjuka utan annan samtidig psykopatologi är ovanligt, dock utan att närmare precisera hur komorbiditeten ser ut. Dolan och Bishay (1996) refererar till fyra olika undersökningar som visade på förekomst av minst en personlighetsstörning i mellan 38 % och 57 % av fallen. De nämner även depression, ångest och alkoholism som komorbida tillstånd.

### **Psykiatriskt perspektiv**

Svartsjuka har inte uppmärksammats särskilt mycket inom den kliniska psykologin och psykiatrin (Bishay et al., 1996), och svartsjuka har inte heller status som självständig diagnos i något av de etablerade psykiatriska diagnosystemen (ICD-10 och DSM-IV), utan ingår endast som delkriterium i paranoid personlighetsstörning, vanföreställningsyndrom och paranoid schizofreni. Utöver detta har man sett att svartsjuka uppträder i samband med alkoholmissbruk, demenser och olika hjärnskador (Tarrier, Beckett, Harwood och Bishay, 1990).

Det finns sannolikt flera olika orsaker till att svartsjuka rönt så förhållandevis begränsad uppmärksamhet. En bidragande orsak kan vara att många av de som besväras av svartsjuka söker hjälp utanför psykiatrin, bl.a. hos familjeterapeuter. Enligt en enkätundersökning gjord i USA (White & Mullen, 1989, i Pines, 1992) är svartsjuka ett problem för en tredjedel av alla par som söker familjeterapi. En annan möjlig orsak kan vara att personer som besväras av svartsjuka ogärna söker professionell hjälp. I en av de behandlingsstudier som refereras nedan var det t.ex. bara sju av 40 som ställde upp frivilligt. Övriga 33 deltog endast som en följd av att deras partners ställt ultimatum (Dolan, 1996). Ytterligare en orsak kan vara att svartsjuka kommer i skymundan av annan psykopatologi när den drabbade söker psykiatrisk vård (Kingham & Gordon, 2004).

## Socialt perspektiv

Svartsjuka anses allmänt förorsaka betydande sociala problem (se t.ex. Buss, 2000; Kingham & Gordon, 2004; Pines, 1992). Relationsproblem och havererade äktenskap på grund av svartsjuka är, som antydde ovan, inget ovanligt. Buunk & Bringle (1997) beskriver t.ex. svartsjuka som ett allmänt förekommande och potentiellt destruktivt känslotillstånd i kärleksrelationer. I förlängningen kan svartsjuka också leda till aggressivt och våldsamt beteende, i extrema fall med dödlig utgång. I BRÅ-rapporten *Våld mot kvinnor i nära relationer* görs en uppskattning utifrån såväl polisanmälningar som en enkätundersökning att cirka 40 000 kvinnor varje år utsätts för fysiskt våld av närstående män (BRÅ-rapport 2002:14). I samma rapport anges svartsjuka som det vanligaste motivet (24 %) till mäns misshandel av kvinnor i nära relationer. Sannolikt är denna andel betydligt större, dels på grund av att det i 36 % av fallen saknas uppgifter om motiv, dels på grund av att ytterligare 13 % angett konflikter i samband med separation eller skilsmässa som motiv. I en annan BRÅ-rapport, *Dödligt våld mot kvinnor i nära relationer*, konstateras att svartsjuka och separationsproblem är de vanligaste motiven, när ett sådant är känt, till att kvinnor dödas i nära relationer (BRÅ-rapport 2001:11). I den här rapporten anges svartsjuka som motiv i 18 % av fallen, medan separationsproblematik är motivet i så många som 42 % av fallen. Tilläggs skall att huvuddelen av de som begår de grövsta våldsbrotten med svartsjuka som huvudmotiv samtidigt lider av allvarlig psykisk störning och/eller är påverkade av alkohol eller droger.

Det är inte bara kvinnor som drabbas av våld p.g.a. av svartsjuka, utan det är faktiskt så att även män i hög grad utsätts för våld av kvinnor inom kärleksförhållanden p.g.a. svartsjuka (Kingham & Gordon, 2004). Frekvensen av övervåld är dock mångdubbelt högre i mäns övergrepp mot kvinnor i detta sammanhang (Buss, 2000). Våld eller hot om våld gentemot faktiska eller förmenta rivaler är också utbrett (Buss, 2000).

## Orsaker

Det finns flera olika teorier om svartsjuka och dess orsaker, varav psykoanalys och psykodynamisk teori, anknytningspsykologi, socialkonstruktivism, samt evolutionspsykologi hör till de mer framträdande. I det följande kommer dessa att beskrivas mycket kortfattat. Undantaget är den evolutionspsykologiska teorin, som kommer att framställas relativt utförligt eftersom föreliggande studie till stora delar baserar sig på den.

### *Psykoanalys och psykodynamisk teori*

Freud (1922) menade att svartsjuka har sitt ursprung i den oidipala konflikten. Han beskrev tre stadier av svartsjuka: normal svartsjuka, projicerad svartsjuka och svartsjuka av vanföreställningskaraktär. Normal svartsjuka är konsekvensen av den sorg och smärta som orsakas av tankar på att förlora den man älskar. Projicerad svartsjuka emanerar från egen otrogenhet eller bortträngda impulser att vara otrogen. Svartsjuka av vanföreställningskaraktär inbegriper även den projektioner av bortträngda impulser att vara otrogen, men här är det fråga om en homosexuellt betingad svartsjuka. Freud ansåg för övrigt att även normal svartsjuka delvis är homosexuell till sin natur. Freuds

efterföljare har utvecklat och modifierat hans teorier om svartsjuka och dess orsaker. Två av dessa, Docherty & Ellis (1976, i Pines, 1992), hävdar att svartsjuka hos män kan ha sitt ursprung i att de under tidig adolescens råkat bevittna sin moder ha utom-äktenskapligt sex. Denna traumatiska upplevelse väcker enligt Docherty & Ellis liv i den oidipala konflikten, som blir ytterligt svårbemästrad i och med att fadern blivit bedragen. Detta för bl.a. med sig att identifikation med fadern, som ju blivit en hanrej, inte längre fungerar som försvar. I och med detta ökar risken för känslor av mindervärde och därmed också risken för svartsjuka.

### *Anknytningspsykologi*

Inom anknytningspsykologin utgår man ifrån att de tankar, känslor och beteenden som aktiveras vid otrohet i princip är desamma som de som aktiveras hos barnet vid förlust eller hot om förlust av en anknytningsperson. Man betraktar alltså kärleksförhållanden som anknytningssystem, och den svartsjuka som kommer till uttryck i dessa kan till stora delar förstås utifrån gängse anknytningsteori. I flera studier har man också sett att anknytningsmönster korrelerar med benägenheten att reagera med svartsjuka. De med ambivalent anknytning är mest benägna, medan de med trygg anknytning är minst benägna att bli svartsjuka. (Buunk, 1997; Hazan & Shaver, 1987; Sharpsteen & Kirkpatrick, 1997).

### *Socialkonstruktivism*

Inom socialkonstruktivismen ses svartsjuka som helt eller till största delen betingad av sociala och kulturella faktorer. Den mest framträdande teoretikern bland socialkonstruktivisterna vad gäller svartsjuka är Ralph B. Hupka, som hävdar att det till absolut övervägande delen är kulturen som bestämmer i vilka situationer som individen blir svartsjuk. Det är också kulturella normer som avgör hur själva svartsjukereaktionen kommer till uttryck (Hupka, 1991).

### *Evolutionpsykologi*

Evolutionpsykologin kan förenklat beskrivas som en syntes av kognitionsvetenskap (inte minst kognitiv psykologi) och evolutionsbiologi (Pinker, 1997). Den grundläggande utgångspunkten i evolutionpsykologin är att beteende (i vid mening) till väsentliga delar är en produkt av de ofta återkommande problem som hotat människans överlevnad och fortplantning under en mångtusenårig utvecklingshistoria. Genom evolutionsprocessen har olika anpassningar av människans beteende utvecklats som ökat förmågan att möta dessa hot på ett framgångsrikt sätt. Således har preferenser för socker, fett och protein utvecklats för att hjälpa människan att möta det mycket grundläggande hot mot överlevnaden som olämpligt födointag utgör (dessa preferenser är uppenbarligen inte lika adaptiva i vår moderna värld, där tillgången på dessa födoämnen är praktiskt taget obegränsad). Specifika rädslor för t.ex. spindlar, ormar, höga höjder och trånga utrymmen har utvecklats eftersom dessa djur och miljöer utgjort mycket påtagliga hot mot människan under årtusenden. Preferenser för särskilda kvaliteter hos det motsatta könet har utvecklats eftersom det ökat chanserna till framgångsrik reproduktion. Dessa och en mångfald andra anpassningar är, hävdar



evolutionspsykologerna, lika framträdande hos nutidsmänniskan som hos våra förfäder, och bidrar i hög grad till hur vi tänker och beter oss även idag (Buss, 2000).

Svartsjuka kan betraktas som en evolutionär anpassning enligt resonemanget ovan (Buss, 2000; Buss & Haselton, 2005). Den aktiveras av närvaron av rivaler som man uppfattar som mer attraktiva än en själv, och ger då upphov till de olika emotioner som är karakteristiska för svartsjuka. Dessa emotioner har i sin tur som funktion att motivera individen för de beteenden som är typiska vid svartsjuka, t.ex. förhöjd vaksamhet, kontrollbeteenden och våld, och som syftar till att avvärja otrohet och dess negativa konsekvenser. Om det föreligger en skillnad i *mate-value*, d.v.s. hur attraktiv man anses vara som tänkbar partner, reagerar den med *lower-value* med mer intensiv svartsjuka.

Så långt ingen skillnad mellan könen (med undantag av männens större benägenhet till våld). Då kvinnor och män emellertid ställs inför helt olika problem vid fortplantning har detta gett upphov även till flera könsspecifika hypoteser om svartsjuka. Eftersom kvinnor till skillnad från män kan vara säkra på att de är barnets biologiska förälder, antas män bli mer upprörda än kvinnor över sexuell otrohet eftersom denna form av otrohet leder till osäkerhet om faderskapet. Kvinnor antas däremot bli mer upprörda än män över emotionell otrohet eftersom denna form av otrohet kan leda till att hon och hennes barn går miste om de viktiga resurser mannen kan tillhandahålla. Vidare antas kvinnor bli mer svartsjuka vid närvaron av rivaler som är attraktiva fysiskt, medan mäns svartsjuka lättare triggas av resursstarka rivaler. Män som är tillsammans med fysiskt attraktiva kvinnor tenderar att bli mer vaksamma på eventuell otrohet, medan kvinnors vaksamhet ökar om de är tillsammans med resursstarka män. Män antas dessutom bli mer vaksamma under tiden kring ägglossningen, då eventuell otrohet ökar risken för att han ska fördela sina resurser till ett barn som inte bär hans gener. För utförliga redogörelser för dessa och ytterligare några andra könsspecifika hypoteser, se Buss, 2000.

Särskilt de könsspecifika hypoteserna har utsatts för hård kritik av flera forskare, trots starkt empiriskt stöd (Buss 2008; Ward & Voracek, 2004). Kritikerna menar dock att det empiriska stödet är en artefakt som orsakats av metodologiska brister i forskningen. Några av kritikerna har också gjort egna studier där de antingen inte kunnat påvisa någon könsskillnad eller, när den faktiskt förelegat, förklarat den utifrån andra teoretiska perspektiv (se t.ex. Harris, 2000; Sabini & Silver, 2005). Buss (2008) har svarat utförligt på kritiken och då bl.a. hänvisat till flera studier som, trots att de modifierats metodmässigt i linje med den kritik som framförts, visar på tydliga könsskillnader som enligt Buss är konsistenta med de evolutionspsykologiska hypoteserna.

För att förstå evolutionspsykologisk teori är det viktigt att kunna skilja mellan ultimata och proximala förklaringar. En proximal förklaring är förhållandevis mekanistisk och utgår ifrån de omständigheter som är för handen. Om man t.ex. frågar sig varför en mamma ammar, kan en proximal förklaring vara att hennes barn nyss grät. En ultimat förklaring, däremot, är mer funktionell till sin natur och går bortom det omedelbara. Evolutionspsykologins ultimata förklaring på den ovan ställda frågan är att mamman ammar för att förse sitt barn med den näring och energi det behöver för att kunna överleva och så småningom föra mammans gener vidare. Intressant i sammanhanget är

att de olika förklaringarna inte alls behöver konkurrera eftersom de opererar på helt olika nivåer, och kan alltså vara giltiga samtidigt (Barret, Dunbar & Lycett, 2002). Detta innebär naturligtvis inte att det är fritt fram för vilka förklaringar som helst i någon slags relativistisk anda, utan poängen här är att det är oerhört viktigt att inte blanda ihop olika förklaringsnivåer. Det finns en annan viktig poäng i sammanhanget, och den är att vi oftast inte är medvetna om de evolutionspsykologiska ultimata förklaringarna. Detta gäller inte minst svartsjuka. Så här formulerar Buss det:

A man does not think, "Oh, if my wife has sex with someone else, then my certainty that I'm the genetic father will be jeopardized, and this will endanger the replication of my genes; I'm really mad." [...] Nor does a woman think, "It's really upsetting that Dennis is in love with that other woman; this jeopardizes my hold on his emotional commitments to me and my children, and hence hurts my reproductive success." Instead, jealousy is a blind passion, just as our hunger for sweets and craving for companionship are blind. Jealousy is emotional wisdom, not consciously articulated, passed down to us over millions of years by our successful forebears (Buss, 2000, s. 6).

### **Behandling**

Några riktlinjer för behandling av morbid svartsjuka tycks inte finnas, vilket får betraktas som följdriktigt med hänsyn till att tillståndet inte kvalificerat sig för egen diagnos. Det har ändå gjorts en del försök, såväl farmakologiska som psykologiska, att behandla morbid svartsjuka. De farmakologiska behandlingar som prövats har dock i första hand syftat till att behandla den underliggande patologi som antas orsaka svartsjukeproblematiken.

#### *Farmakologisk behandling*

Morbid svartsjuka orsakad av vanföreställningssyndrom har behandlats med neuroleptika, dock oftast med blygsamt resultat (se t.ex. Ottosson, 2004). Tvångssyndrom som tagit sig uttryck i morbid svartsjuka har också behandlats farmakologiskt, och i flera fallstudier (se t.ex. Stein et al., 1994) har positiva effekter av medicinering med SSRI-preparatet fluoxetin rapporterats. För morbid svartsjuka utan underliggande patologi har föreslagits behandling med SSRI-preparat, men det utgör ingen officiell indikation.

#### *Psykologisk behandling*

Vad gäller psykologiska behandlingsmetoder finns det mycket få studier som specifikt undersöker behandlingseffekt vid morbid svartsjuka. Kognitiv beteendeterapi är den mest studerade terapiformen (mer korrekt handlar det om olika varianter av kognitiva och/eller beteendeinriktade terapier), men även där är det ganska sparsamt med studier (dessa avhandlas nedan). Inom familjeterapi har särskilda behandlingsstrategier mot morbid svartsjuka utvecklats, men forskningsstödet för dessa anses som svagt (se t.ex. De Silva, 1997), och i en fallstudie har eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) visat sig effektivt (Keenan & Farrell, 2000).

### *Kognitiv beteendeterapi*

Den enda kontrollerade behandlingsstudie om morbid svartsjuka som gått att finna i databaserna PsychInfo och PubMed är Dolan & Bishay (1996), som studerade effekten av kognitiv terapi. Därutöver har åtminstone två okontrollerade studier gjorts: en om effekten av beteendeterapi (Cobb & Marks, 1979) och en om effekten av kognitiv terapi (Bishay, Petersen och Tarrier, 1989). Utöver detta har åtminstone tre fallstudier gjorts: Dolan & Bishay (1996) (kognitiv terapi), Parker & Barrett (1997) (beteendeterapi) och Lopéz (2003) (funktionell analytisk terapi). I det följande kommer de tre förstnämnda studierna att redovisas.

I Cobb och Marks' (1979) studie behandlades fyra patienter som besvärades av vad författarna beskriver som en tvångsproblematik som tog sig uttryck i morbid svartsjuka. Behandlingen var beteendeterapi, med exponering in vivo och imaginär exponering, samt responsprevention och tankestopp som huvudkomponenter. Behandlingen utvärderades genom självskattning av svårighetsgrad av tvångshandlingar och tvångstankar. Behandlingen utvärderades också genom att tre av patienterna skattade grad av depressivitet. Självskattningarna gjordes före och efter behandling samt vid uppföljning (2-15 månader efter behandling). Behandlingen resulterade i att tre av patienterna förbättrades beträffande tvångshandlingar, varav två var mycket förbättrade. Förbättringen höll i sig vid uppföljning (6 respektive 9 och 15 månader efter behandling). Vad gäller tvångstankar förbättrades endast en av patienterna, en förbättring som höll i sig vid uppföljning sex månader efter behandling. De tre patienter som skattade grad av depressivitet var alla deprimerade innan behandling. Efter behandlingen var två av dessa betydligt mindre deprimerade, medan tillståndet för den tredje var oförändrat. De två som förbättrades i detta avseende var de samma som var mycket förbättrade beträffande tvångshandlingar. Den tredje patienten förbättrades inte i något avseende och bedömdes av författarna som omotiverad.

Då Cobbs och Marks studie har närmare 30 år på nacken är det intressant att notera att de redan då beskriver kognitiv defusion som terapeutisk strategi. En av patienterna uppges t.ex. ha sagt: "it's much better now that I know thoughts are only thoughts and I don't have to act on them".

Bishay et als studie kan betraktas som en pilotstudie till Dolan och Bishay's (1996), och gås därför bara igenom summariskt här. 13 patienter ingick i studien och till skillnad från i Dolan & Bishay's (1996) studie inkluderades även några patienter vars svartsjuka betingades av vanföreställningar. Dessutom behandlades ett flertal av patienterna parallellt med olika psykofarmaka (huvudsakligen tricykliska), oftast på grund av depression. Nio av patienterna förbättrades mycket efter behandling med avseende på kognitioner kopplade till svartsjuka, och nio patienter förbättrades mycket med avseende på svartsjukt beteende.

I Dolans och Bishay's studie (1996) deltog 38 (av ursprungligen 40) patienter som besvärades av morbid svartsjuka. Morbid svartsjuka definierades som en överdriven och ogrundad upptagenhet med partners trohet, vilken lett till signifikant personlig och interpersonell dysfunktion. Patienterna delades in i två grupper med vardera 15 och 23 patienter. Gruppen med 15 patienter fungerade som väntelista under tolv veckor i syfte att med ett batteri självskattningsformulär mäta stabiliteten i deras svartsjuka. Av dessa

föll fyra ifrån i denna fas. För de resterande elva uppmättes ingen signifikant förändring mellan skattningarna före och efter väntetiden. Totalt var det 30 patienter som genomgick såväl behandling som uppföljning

Patienterna behandlades med kognitiv terapi baserad på Tarrrier et als (1990) modell av morbid svartsjuka. Behandlingen omfattade kartläggning av dysfunktionella tankar och grundantaganden, och omständigheter i patientens utveckling som gett upphov till dessa grundantaganden. Syftet med behandlingen var att hjälpa patienten att inse det irrationella i deras tankar och beteenden, samt att lära dem strategier att kontrollera sina känslor och beteenden. Behandlingen omfattade ett till sex (i snitt 3,8) 50 minuter långa samtal beroende på svårighetsgraden i problematiken.

Efter behandlingen hade 26 av patienterna förbättrats emotionellt, vilket återspeglades i lägre poäng i självskattningsformulär Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) och Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). 14 patienter hade fått sina poäng i dessa formulär halverade. Alla patienter som fullföljde behandlingen förbättrades med avseende på beteenden kopplade till svartsjuka, varav en majoritet (25) halverade poängen i det självskattningsformulär som mätte denna aspekt av svartsjuka. Man såg även förbättringar med avseende på kognitioner och emotionella reaktioner kopplade till svartsjuka. Alla utom en av patienterna hade under tiden som studien pågick en partner, och i 21 av fallen ansåg partnern att relationen hade förbättrats efter behandlingen. Relationen var mycket förbättrad i elva av fallen. Vid uppföljning tre till sex månader efter behandling kvarstod de förbättringar som ägt rum.

Sammanfattningsvis kan sägas att dessa studier ger goda förhoppningar om att kognitiv beteendeterapi kan vara effektivt vid morbid svartsjuka.

### **Evolutionspsykologi och kognitiv beteendeterapi**

Den kognitiva beteendeterapin får sägas vara ganska spretig vad gäller såväl teoretiska utgångspunkter som klinisk praktik. Teoretiskt ryms t.ex. både radikalbehaviorism och informationsprocessteori inom den kognitiva beteendeterapin, och det är därför inte helt okomplicerat att värdera de evolutionspsykologiska förklaringsmodellernas betydelse för kognitiv beteendeterapi i stort, eftersom det varierar beroende på vilken specifik teori man utgår ifrån. Om man här för enkelhetens skull utgår ifrån det dominerande perspektivet, det informationsprocessteoretiska, så har de evolutionspsykologiska förklaringsmodellerna en given, om än inte framträdande, plats i detta. Inte minst Aaron T. Beck, den kognitiva terapins förgrundsgestalt, har integrerat evolutionspsykologisk teori i sina informationsprocessteoretiska modeller (Beck & Emery, 1985; Beck, 1999; Beck & Freeman, 2004).

Det är dock framför allt Paul Gilbert som verkat för att integrera evolutionspsykologin i kognitiv terapi, inte bara teoretiskt, utan i hög grad även kliniskt (Gilbert, 2004; Gilbert & Bailey, 2000). Gilbert och Bailey formulerar sin syn på denna integration så här:

The evolutionary cognitive therapist adds a major element to traditional approaches; that is, the internal cognitive world of the client reflects not only his or her ontogenetically constructed mind [...] but [...] also contain ancient

”wisdom” of ancestral minds that came before as well. This does not imply innate ideas *per se*, but rather innate competencies (strategies and algorithms) and design mechanisms of the brain that bias motivations, emotions, and thinking in directions that favour survival proximally and inclusive fitness ultimately (Gilbert och Bailey, 2000, s. 340-350).

Det finns specifika evolutionspsykologiska förklaringsmodeller för en lång rad olika psykiska störningar (Stevens & Price, 1996), och inom kognitiv beteendeterapi är det sedan en tid praxis att förmedla åtminstone en del av dessa psykoedukativt till patienten. Detta gäller framför allt vid ångeststörningar (se t.ex. Beck & Emery, 1985), i synnerhet paniksyndrom (Craske & Barlow, 1993). Det finns ett relativt gott vetenskapligt stöd för att psykoedukation ger signifikanta behandlingseffekter vid olika typer av psykiska störningar (Lukens & McFarlane, 2004). Det tycks däremot inte ha gjorts några studier för att undersöka effekten av evolutionspsykologisk psykoedukation specifikt.

Den evolutionspsykologiska förklaringsmodellen för svartsjuka har såvitt känt inte tillämpats terapeutiskt, varken i kognitiv beteendeterapi eller i andra terapiformer. Pines (1992) har dock föreslagit att man skulle kunna använda en sociobiologisk (sociobiologin var en förelöpare till evolutionspsykologin) förklaringsmodell psykoedukativt inom ramen för en integrativ behandling av morbid svartsjuka. Syftet med detta skulle vara att normalisera. Trots att Pines förespråkar den sociobiologiska förklaringsmodellen i detta sammanhang reserverar hon sig mycket omsorgsfullt för alla de risker som kan tänkas vara förknippade med att presentera en sådan modell. Hon säger bl.a. att en framställning av svartsjuka som biologiskt betingad, och i den meningen naturlig, skulle kunna rättfärdiga de destruktiva beteenden som den inte sällan orsakar.

Pines reservationer skall ses mot bakgrund av att evolutionspsykologiska teorier är kontroversiella och ofta väcker indignation. Särskilt gäller detta teorier eller hypoteser som gör gällande att skillnader mellan könen till vissa delar är genetiskt betingade. Den ovan nämnda reservationen från Pines är för övrigt ett bra exempel på en ofta förekommande kritik mot evolutionspsykologin, nämligen att den hävdar den starkes rätt i någon slags socialdarwinistisk mening. Detta är ett så vanligt missförstånd att det fått en egen benämning: *the natural fallacy*. Enkelt uttryckt är det ett felslut som bygger på en sammanblandning av vad som *är* och som *borde vara*. Många uppfattar alltså felaktigt att evolutionspsykologins beskrivningar och förklaringar av olika anpassningar samtidigt är ett försvar av dessa. Evolutionspsykologin tar dock inte ställning moraliskt eller politiskt (se Pinker, 2002, för en bra diskussion om missuppfattningar om evolutionspsykologi).

### Syfte

Syftet med föreliggande studie är att undersöka hur psykoedukation baserad på evolutionspsykologisk teori om svartsjuka uppfattas av patienter när den ges inom ramen för kognitiv beteendeterapi.

Syftet mer specifikt:

- Hur tolereras psykoedukation baserad på evolutionspsykologisk teori av patienterna?  
Frågan är relevant eftersom evolutionspsykologiska teorier ofta väcker motstånd och indignation.

- Uppfattar patienterna att psykoedukation baserad på evolutionspsykologisk teori är integrerad i kognitiv beteendeterapi på ett naturligt sätt?

- Uppfattar patienterna att psykoedukation baserad på evolutionspsykologisk teori kan bidra till att lindra eventuella skuld känslor som är relaterade till svartsjuka?

- Uppfattar patienterna att psykoedukation baserad på evolutionspsykologisk teori kan bidra till en bättre hantering av svartsjuka?

Ytterligare en frågeställning växte fram under själva behandlingsarbetet men får sägas ligga lite vid sidan av studiens huvudfrågeställningar:

- Uppfattar patienterna att psykoedukation baserad på evolutionspsykologisk teori kan bidra till förbättrad självkänsla?

## **METOD**

### **Deltagare**

Fyra personer, tre kvinnor och en man, deltog i studien. Kvinnorna var 21, 25 respektive 30 år, mannen 22 år. Samtliga bedömdes uppfylla de allmänt accepterade, om än något vaga, kriterier för morbid svartsjuka som bl.a. Dolan et al. (1996) beskriver. De var således besvärade av en överdriven, ogrundad upptagenhet av sin partners trohet som lett till ett signifikant personligt och interpersonellt lidande. Detta var det enda inklusionskriteriet. Exklusionskriterier var pågående missbruk av alkohol eller droger, psykossjukdom, borderline personlighetsstörning eller annan allvarlig och behandlingskrävande psykisk störning. Tre av patienterna hade nyligen haft olika typer av samtalskontakter men ingen hade upplevt någon förbättring av sin svartsjuka efter dessa. Under tiden patienterna behandlades inom ramen för denna studie pågick inga andra samtalskontakter. En av patienterna behandlades dock med SSRI-preparat. Alla utom en hade en partner när behandlingarna påbörjades. Den som saknade partner etablerade dock en relation tidigt under behandlingen.

### **Design**

En multipel fallstudie-design som baserar sig på såväl kvantitativa som kvalitativa data insamlade via särskilda utvärderingsformulär efter behandling. För att öka möjligheterna att dra välgrundade slutsatser av dessa data utvärderas behandlingarna också med relevanta symptomformulär, administrerade före och efter behandling. För övrigt bidrar även fallbeskrivningarna med kvalitativa data men skall också ses som beskrivning av tillvägagångssätt.

## Behandling

Den behandling som gavs var kognitiv beteendeterapi inkluderande psykoedukation baserad på evolutionspsykologisk teori om svartsjuka. Behandlingen, som i alla fyra fallen gavs av studiens författare, avvek ifrån Dolan och Bishay's (1996) behandling så till vida att den var något mer fokuserad på dysfunktionella beteenden och dess konsekvenser än dysfunktionella tankar och grundantaganden. Ett skäl till detta var att alla patienter i studien var mer eller mindre medvetna om att deras tankar om partners otrohet i grund och botten var ogrundade. Behovet av beckiansk kognitiv omstrukturering bedömdes därför som mer begränsat, vilket inte hindrade att det var en väsentlig del av behandlingen. Ett annat skäl var att det föreföll som att det i högre grad än vid många andra typer av psykiska besvär var patienternas beteenden som orsakade problem, i synnerhet interpersonellt. Man skulle naturligtvis kunna argumentera för att kognitiv omstrukturering indirekt skulle kunna resultera i en beteendeförändring, men då patienternas impulser att t.ex. kontrollera närmast hade karaktären av tvång, bedömdes ett behandlingsupplägg som i det här avseendet påminde om Cobbs och Marks (1979) vara att föredra.

Den evolutionspsykologiska teorin om svartsjuka introducerades för patienterna via beskrivningar av andra anpassningar enligt evolutionspsykologisk teori, t.ex. våra preferenser för vissa typer av föda och våra "förprogrammerade" rädslor för ormar, spindlar m.m. Presentationen av dessa okontroversiella och lättbegripliga anpassningar antogs kunna bidra till ökad förståelse av och acceptans för den något mer sammansatta teorin om svartsjuka. Den evolutionspsykologiska teorin om svartsjuka redovisades annars inte särskilt detaljerat, utan avsikten var att patienterna skulle få en mer principiell förståelse för vad den innebär. För övrigt skulle behandlingen alldeles säkert inte gynnas av långrandiga teoretiska utläggningar, särskilt inte som det handlade om en kortidsbehandling. Dock initierades patienterna i att det enligt teorin föreligger en skillnad mellan könen. Detta gjordes dels för att det kan anses öka förklaringsvärdet, dels för att det bidrog till att spetsa till frågeställningen för studien eftersom denna del av teorin är kontroversiell.

I behandlingarna användes "brandvarnarmetaforen". En brandvarnare är medvetet konstruerad för att vara något översensitiv för att inte riskera att missa en verklig brand; kostnaderna för sporadiska falska alarm är ju mycket ringa jämfört med om huset brinner ner. På samma sätt betraktar man inom evolutionspsykologin svartsjuka: det är ur ett evolutionsperspektiv oerhört mycket mer fördelaktigt att reagera någon gång för mycket på falska positiva händelser än en enda gång för lite på sanna positiva. Konsekvenserna för det senare kan bli helt förödande (se *adaptive errors* och *error management theory* i Buss (2001)). Brandvarnarmetaforen användes dels för att patienterna skulle förstå att ogrundad svartsjuka inte nödvändigtvis skall ses som patologiskt, dels för att de i problemsituationer lättare skulle kunna distansera sig till sin svartsjuka med hänvisning till att den är konstruerad för att vara översensitiv.

Under behandlingens gång refererades till olika aspekter av den evolutionspsykologiska modellen när det ansågs relevant. I vilken utsträckning och i vilka sammanhang detta gjordes framgår av fallbeskrivningarna. För övrigt lades ganska stor vikt vid att inte

framställa den evolutionspsykologiska teorin som exkluderande, utan som i hög grad förenlig med många andra förklaringsmodeller.

I den kognitiva konceptualisering som gjordes kartlades patienternas tankar, känslor, fysiologiska aktivering, handlingsimpulser samt beteenden när patienterna var styrda av sin svartsjuka. Konsekvenserna av detta analyserades, bl.a. hur det påverkade patienternas självvärdering. Detta kontrasterades mot en parallell kognitiv konceptualisering där patienterna hade lyckats stå emot de destruktiva handlingsimpulserna och istället betett sig på ett mer ändamålsenligt sätt.

Sessionerna varierade något i längd men var i genomsnitt ca 65 min, d.v.s. 15 minuter längre än i Dolan & Bishay's (1996) studie. Sessionsfrekvensen var med några undantag en per vecka.

### **Mätinstrument**

Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2005). BDI-II är ett självskattningsformulär för depressionssymptom. Formuläret omfattar 21 frågor med vardera fyra svarsalternativ som återspeglar olika svårighetsgrad i symptom. BDI-II anses, liksom föregångaren BDI, ha goda psykometriska egenskaper.

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck & Steer, 2005). BAI är ett självskattningsformulär som mäter symptom på klinisk ångest. Liksom BDI-II omfattar det 21 frågor med fyra svarsalternativ för varje fråga. De psykometriska egenskaperna betraktas som goda.

Multidimensional Jealousy Scale (MJS; Pfeiffer & Wong, 1989, se bilaga 1). MJS är ett självskattningsformulär som avser att mäta olika aspekter av såväl normal som morbid svartsjuka. Formuläret består av tre olika delskalor för kognitioner, emotioner resp. beteenden kopplade till svartsjuka. Delskalorna omfattar vardera åtta frågor, d.v.s. formuläret har 24 frågor totalt. Varje fråga har sju svarsalternativ som återspeglar olika grader av svartsjuka.

I tre olika studier som syftade till att utforska MJS:s psykometriska egenskaper har Pfeiffer & Wong funnit starkt stöd för att det har en god validitet och reliabilitet. Delskalorna korrelerar dessutom bara måttligt med varandra (men signifikant med andra svartsjukaformulär), vilket formulärets konstruktörer tolkar som att delskalorna mäter olika dimensioner av svartsjuka. Tyvärr finns inga normeringar för formuläret.

Structured Clinical Interview for DSM-IV-II (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams och Benjamin, 1999). SCID-II är ett semistrukturerat intervjustöd för diagnostik av personlighetsstörningar enligt DSM-IV. Till SCID-II hör ett självskattningsformulär som används som underlag för en klinisk intervju. En rimlig reliabilitet anses möjlig att uppnå (gentemot DSM-III-R) under förutsättning att den som intervjuar är väl förtrogen med instrumentet (vilket författaren är). Validiteten för SCID-II förefaller dock inte särskilt väl belagd.

Utvärderingsformulär I (se bilaga 2). Ett formulär som syftar till att klargöra hur patienterna skattar de olika behandlingskomponenternas relativa värde.



Utvärderingsformulär II (se bilaga 3). Ett formulär vars frågor är direkt eller indirekt kopplade till studiens huvudfrågeställningar. Båda utvärderingsformulären är konstruerade av författaren specifikt för denna studie.

### **Procedur**

I ett första försök att rekrytera deltagare till studien sattes anslag upp på de olika högskolorna i Jönköping. Detta gav emellertid ingen utdelning, vilket möjligen är en återspeglning av den obenägenhet att söka behandling för svartsjuka som tidigare omnämnts. I ett andra försök kontaktades psykologer och kuratorer i de psykosociala teamen inom primärvården i Jönköpings sjukvårdsområde. De informerades om studien via e-mail och fick samtidigt en förfrågan om de hade kontakt med någon patient som var i behov av behandling mot svartsjuka. Tre av studiens deltagare rekryterades på detta sätt (i ett av fallen var det dock inte en patient, utan en bekant till en av psykologerna). Den fjärde deltagaren rekryterades via ungdomsmottagningen i Jönköping. Deltagarna kontaktades per telefon och fick då information om studien och behandlingen. Deltagarna informerades om att behandlingen var en modifierad form av kognitiv beteendeterapi, att den omfattade 4-6 samtal, att den var kostnadsfri, att den ingick i en studie som genomfördes inom ramen för en påbyggnadsutbildning i kognitiv beteendeterapi och att man som deltagare garanterades konfidentialitet.

Alla patienter fyllde i Beck Depression Inventory II (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), Multidimensional Jealousy Scale (MJS) och SCID-II i genomsnitt 12 dagar, som mest 17 dagar, innan bedömningssamtalet. Behandlingen påbörjades i alla fallen veckan efter bedömningssamtalet. De patienter som fullföljde behandlingen fick direkt efter avslutad behandling fylla i BDI II, BAI och MJS samt utvärderingsformulär I. Därefter administrerades utvärderingsformulär II. Detta administrerades samtidigt till alla patienter, men eftersom behandlingarna var förskjutna i förhållande till varandra tidsmässigt innebar det att formuläret fylldes i tre-sex veckor efter avslutad behandling. Utvärderingsformulär II administrerades avsiktligt efter utvärderingsformulär I för att undvika eventuell inverkan på svaren i utvärderingsformulär I, men att det gick så pass lång tid efter behandlingen innan det administrerades var inte planerat, utan berodde på yttre omständigheter.

### **FALLBESKRIVNINGAR**

Alla behandlingar föregicks av ett bedömningssamtal där bl.a. en SCID-II-intervju genomfördes och patienterna introducerades i behandlingsupplägget. I samband med detta fick patienterna i hemuppgift att registrera tankar, känslor, beteenden och fysiologiska responser i de situationer där deras svartsjuka aktiveras (En av patienterna, Erik, fick denna hemuppgift först sessionen därpå). För att kunna tillgodogöra sig fallbeskrivningarna skall behandlingsavsnittet i metoddelen läsas först.

Patienternas namn är fingerade och identifierande information i övrigt är förändrad. Patienterna har läst igenom fallbeskrivningarna och godkänt att de är med i denna rapport.

*Eva**Anamnes*

Eva är 25 år och arbetar som förskollärare. Hon har pojkvän sedan ca ett år tillbaka. Relationen till pojkvännen har efter hand blivit allt mer ansträngd p.g.a. hennes svartsjuka. Hon har särskilt svårt att acceptera att hennes pojkvän nästan dagligen träffar sin f.d. flickvän som en följd av att de arbetar på samma ställe. Trots att hon säger sig lita på sin pojkvän till 100 % kan hon inte släppa tanken på att han har en affär med sin f.d. flickvän, vilket gör att hon väldigt ofta ifrågasätter hans avsikter i kontakten med henne. Detta leder ofta till hetsiga diskussioner där pojkvännen upplever att vad han än säger så blir hennes misstänksamhet bara värre. Detta leder i sin tur till väldigt starka skuld känslor från Evas sida.

Som hon minns det har hon varit svartsjuk under alla längre förhållanden hon haft. Hon har haft ett mycket stort kontrollbehov i dessa relationer och det har hänt att hon gått igenom sina pojkvänners saker för att hitta bevis på otrohet. Vid något tillfälle har hon också konfronterat en tidigare pojkvän med påhittade anklagelser för att han skulle avslöja sig. Hon tycker att hon har mycket dålig självkänsla, är bl.a. missnöjd med sitt utseende och tycker inte att hon är lika värdefull som andra. Hon tror att detta sammanhänger med att hon, som hon upplever det, inte blivit tillräckligt sedd och bekräftad av föräldrarna under sin uppväxt. Hon har ofta besvärats av nedstämdhet och beskriver en tämligen genomgripande tillitsbrist. En omständighet hon tror ytterligare försämrat hennes självkänsla och bidragit till ökad misstänksamhet är en tidigare relation där hon blev misshandlad såväl fysiskt som psykiskt.

*Session 1*

Vi går igenom hennes registreringar i protokoll för negativa tankar (fortsättningsvis PNT). Det handlar genomgående om reaktioner som är kopplade till pojkvännens relation till hans f.d. flickvän. Hon misstror hans avsikter och är mycket rädd att de ska bli tillsammans igen och att hon därmed ska bli övergiven. De känslor som väcks är mycket starka (hon skattar 90-100 på en hundrigradig skala) och omfattar bl.a. hat, sorg och skuld. Beteendemässigt försöker hon "bita ihop" men lyckas sällan med det, behöver oftast prata ut med pojkvännen och blir då lätt anklagande. Framkommer dock att hon vet att hon kommer att klara sig vid en eventuell separation och att hon kommer att kunna gå vidare så småningom. Detta bedöms som en viktig insikt som potentiellt skulle kunna bidra till acceptans av de negativa tankar och känslor som väcks när hon blir svartsjuk, samt även bidra till att hon inte fullföljer destruktiva handlingsimpulser.

Diskuterar även hennes misstänksamhet utifrån uppväxtförhållanden och den tidigare destruktiva relationen. Klargör att det sannolikt finns ett samband mellan detta och hennes svartsjuka, vilket hon för övrigt själv också sedan tidigare tror. Därefter lanseras den evolutionspsykologiska teorin som en möjlig kompletterande förklaring. Eva säger att hon kan känna igen sig i denna förklaringsmodell.

En specifik problemsituation i hennes PNT väljs ut för gemensam utvärdering och hon får sedan i hemuppgift att göra utvärderingar av negativa tankar på egen hand.

### *Session 2*

Eva tycker sig ha blivit mer uppmärksam på att hon har ”biologiskt betingade” känslor för sin partner, är nu t.ex. mer klar över än hon tidigare varit att hon vill ha barn med honom. Diskuterar detta utifrån att styrkan i svartsjukan normalt är proportionerlig till styrkan i känslorna för partnern, vilket kan bidra till att förklara styrkan i hennes svartsjuka. Fokuserar relationen till hennes pappa, som hon tror har bidragit starkt till hennes rädsla för att bli övergiven. Validerar hennes tankar och känslor kring detta. Går igenom ytterligare en problemsituation i PNT. I denna liksom många andra situationer uppstod häftiga diskussioner om hans trohet, och hon kan ibland uppleva att svartsjukan klingar av snabbare om han är mer ihärdig i sitt sätt att förklara och försvara sig. Framkommer också att hon ibland, liksom för att skydda sig själv, intalar sig själv att partnern inte är något att ha.

Eva upplever att hon i den akuta fasen av svartsjukereaktionerna har mycket svårt att tänka klart. Den förståelse hon har av att svartsjukan är betingad av tidigare erfarenheter och evolutionärt betingade faktorer är inte tillgänglig för henne i denna fas, utan svartsjukan dikterar fortfarande villkoren för hennes reaktioner. Hon uttrycker stort behov av strategier att kunna tänka och agera annorlunda i de stunder då svartsjukan slår till. Utformar därför ett coping card som hon får i hemuppgift att försöka använda i dessa problemsituationer.

### *Session 3*

Eva har varit väldigt svartsjuk vid ett tillfälle sedan förra sessionen och hade då ingen nytta av sitt coping card, säger att svartsjukan hade henne i sitt grepp innan hon ens hann börja fundera på att plocka fram sitt coping card. Svartsjukereaktionen ledde till att hon började fråga ut sin pojkvän men vad han än sa blev hon mer och mer misstänksam. Den här gången blev konflikten värre än vanligt och hon tror att relationen fick sig en ordentlig törn.

Ovanstående situation analyseras och vi kommer överens om att hon ska försöka vara än mer uppmärksam på när svartsjukan aktiveras för att hon ska kunna låta bli att följa de handlingsimpulser den ger upphov till, innan svartsjukan vuxit sig så stark att hon inte kan tänka klart. Hon är dock rädd att om hon lyckas kväva handlingsimpulserna så kommer de negativa tankarna och känslorna att dröja sig kvar och kanske förvärras. Hon tror också att pojkvännen kommer att märka att hon är svartsjuk även om hon inte frågar ut honom. Överenskommes att hon ändå ska försöka göra detta och försöka hämta kraft dels från de mer realistiska och funktionella tankar hon genererat i arbetet med PNT, dels från tanken att svartsjukan är konstruerad för att vara översensitiv och dels utifrån vetskapen att hennes nya beteenden på sikt gynnar relationen till pojkvännen och dessutom kommer att lindra hennes skuld-känslor. Eva informeras om att det kan komma att ta tid innan de negativa känslorna och tankarna ger med sig, men att hon förhoppningsvis orkar kämpa vidare om hon märker att det betalar sig så småningom.

Då Eva har en mycket negativ uppfattning om sitt utseende diskuteras hur detta påverkar hennes svartsjuka. Introducerar i samband med detta den evolutionspsykologiska hypotesen om mate-value eftersom den bedöms ha ett förklaringsvärde i

detta sammanhang. Berättar att hennes negativa självbild kan riskera att bidra till en felaktigt låg skattning av hennes mate-value, vilket kan ge bränsle åt svartsjuka. Hon tycks svara bra på denna intervention, säger att ”så är det ju”.

#### *Session 4*

Eva har blivit mycket svartsjuk vid två tillfällen men har lyckats hantera dessa mycket bra. Hon har alltså klarat av att bryta sina destruktiva beteendemönster, men precis som hon befarade har det skett till priset av att de negativa tankarna och känslorna dröjer sig kvar längre. Emellanåt har hon behövt distrahera sig från dem, vilket har fungerat hyggligt. När hon blir svartsjuk kan hon ibland få hatiska känslor mot sin pojkvän, vilka hon av och till också uttrycker. Hon har nu istället gjort ansträngningar för att visa kärlek och omsorg mot honom trots sin svartsjuka, och märker att det fungerar bra. Hon får beröm för detta.

Gör den kognitiva konceptualiseringen. Eva kan se att hennes nya beteende påverkar relationen mycket positivt och att det leder till en mycket positivare självvärdering – ”känner mig jävligt duktig”.

Hemuppgiften är att försöka fortsätta hantera svartsjukan på det sätt hon redovisat under dagens session. Planerar för att hennes pojkvän ska vara med nästa gång, bl.a. eftersom han gärna vill ha vägledning om hur han ska förhålla sig till Eva.

#### *Session 5*

Samtal med Eva och hennes partner.

Han berättar hur Evas svartsjuka påverkar honom och relationen, hur han ständigt måste vara på sin vakt och noga avväga vad han säger. Han säger också att hon kan säga saker som triggar honom, t.ex. att hon tänker ge upp relationen. Han säger annars att det blivit väldigt mycket bättre mellan dem sedan hon påbörjade behandlingen.

Partnern får rådet att försöka agera som om relationen är som han tycker att den ska vara. Han ska inte kräva av sig själv att klara det varje dag men att försöka så gott han kan, medan Eva i sin tur tar ansvar för sitt beteende så långt hon förmår. De ska så långt möjligt ta diskussioner när de inte är i affekt, men undvika att hamna i ändlösa diskussioner om hans trohet.

Enskilt med Eva framkommer att hon är rädd att hon, om hon helt släpper kontrollen, ska missa eventuell otrohet. Klargör att den här rädslan i stort sett är ofrånkomlig när hon nu släpper på kontrollen och att man kan se det som att behandlingen till stora delar syftar till att hon ska lära sig att leva med den här osäkerheten. Framkommer i övrigt att hon haft ett par bakslag men att det totalt sett fungerar bättre, även om det är arbetsamt för henne att upprätthålla de nya strategierna. Planerar för avslut nästa session.

#### *Session 6*

Framkommer att Eva nyligen utsatts för en traumatisk händelse som hon behöver snar hjälp att bearbeta. Överenskommes därför att avsluta behandlingen. Eva lotsas till annan behandlare efter två stödjande samtal.

*Lisa**Anamnes*

Lisa är 21 år och studerar på högskola. Hon har varit tillsammans med sin nuvarande pojkvän i drygt tre år. För knappt ett år sedan blev hon ganska plötsligt väldigt svartsjuk, vilket hon tror berodde på att han ville att de skulle ägna mer tid åt annat än varandra. Hon tolkade detta som att hans kärlek till henne sviktade och att han kanske skulle komma att lämna henne. Hon började misstänka att han var intresserad av andra kvinnor och frågade allt oftare ut honom om vad han egentligen hade för relation till olika kvinnor i hans bekantskapskrets. Detta pågår i hög grad fortfarande och leder ofta till konflikter. Det händer att dessa konflikter uppkommer i samband med alkoholintag, men oftast inte. Hon beskriver för övrigt ett måttligt bruk av alkohol. Hon tycker sig inte ha varit särskilt svartsjuk i tidigare relationer, åtminstone inte i den utsträckning att det orsakat några problem. Hon tror att detta kan bero på att hon tidigare inte varit lika kär som hon är nu.

Lisa tycker sig ha haft en bra uppväxt med en väldigt bekräftande mamma. Hennes pappa har haft lite svårare att visa känslor men hon vet att hon betyder mycket för honom. Som barn kunde hon bli ganska ordentligt svartsjuk om kompisar till henne började leka med andra än henne, men minns inte detta som något större problem. Hon upplever sig som ganska osäker i sociala sammanhang, är rädd för att säga fel saker och att andra ska tycka att hon är dum. Hon är också relativt självkritisk.

*Session 1*

Lisa berättar att det varit en del konflikter mellan henne och pojkvännen den senaste veckan men att dessa inte bara handlat om svartsjuka. Som det verkar är alltså svartsjukan bara en del i en mer genomgripande relationsproblematik.

En situation som Lisa registrerat i PNT går igenom. Hennes pojkvän ska vid ett tillfälle ha pratat om en kvinna som Lisa inte känner och hon fick då tankar som "Är hon en gammal flickvän?", "Är hon snygg?" och "Han kommer att lämna mig". Utvärderar och balanserar gemensamt den sistnämnda tanken eftersom den bedöms som mest central och sannolikt ligger nära grundantagandenivå. Vi kommer fram till att det inte är särskilt mycket som talar för den, åtminstone inte i den här situationen. Vi tittar även på konsekvensen av de negativa tankarna, att hon började fråga ut sin pojkvän om den här kvinnan, vilket gjorde att de till slut började gräla. Lisa uppmärksammas på att dessa kontrollbeteenden kan vara väl så viktiga att komma till rätta med som hennes tankar och känslor.

Introducerar den evolutionspsykologiska förklaringsmodellen. Lisa säger att hon tycker att modellen verkar rimlig, men säger samtidigt att det är lite ledsamt om det är så som påstås i modellen. Hon tänker särskilt på att hennes pojkvän ibland tittar med intresse på andra kvinnor, vilket hon fått förklarat som helt normalt utifrån denna modell. Hon tillstår att även hon själv ibland kan vara nyfiken på andra män, men känner sig inte bekväm med att det är så. Hon vill veta säkert att hennes pojkvän kan motstå de frestelser som andra kvinnor kan utgöra. Hon undrar också hur mycket man ska acceptera att ens partner tittar på andra kvinnor – var går gränsen?

Konstaterar att hon ställer en mycket bra fråga och att det nog inte finns något generellt svar på den. Betonar vikten av att bete sig respektfullt mot sin partner och att vinnlägga sig om att undvika att titta även om blicken ibland kanske vandrar iväg mer eller mindre automatiskt. Konstaterar också att det här kan vara en svår balansgång men att hon förmodligen mår bäst av att ge utrymme både för sig själv och för sin partner att då och då kika på andra. Understryker att detta inte på något sätt innebär att man ska tolerera vad som helst. Då Lisas pojkvän verkar komma undan med lite väl många beteenden som signalerar bristande engagemang i relationen, uppmuntras hon att försöka stå på sig själv lite mer.

Lisa får i hemuppgift att på egen hand utvärdera och balansera sina negativa tankar i samband med svartsjukereaktioner samt att i möjligaste mån försöka undvika att ägna sig åt kontrollbeteenden.

### *Session 2*

Lisa tycker sig inte ha varit i situationer som gjort henne svartsjuk eftersom pojkvännen varit bortrest. Hon har därför inte gjort några registreringar i PNT. Det visar sig dock att hon haft en del funderingar på vad han egentligen har för sig när han är borta, vet inte om hon kan lita på honom. Hon tycker dessutom att han är dålig på att höra av sig och vill inte hålla på att ringa själv hela tiden, känner sig efterhängsen då.

Fokuserar hennes kontrollbeteenden. Hon tycker t.ex. att det är väldigt svårt att inte ringa och undersöka vad han har för sig. Hon inser att det skapar slitningar i relationen men tycker att det är väldigt svårt att låta bli, tror att hon bara kommer att oroas sig då. Klargör att hon absolut kommer att få kämpa med obehagskänslor om hon låter bli att kontrollera, men att detta förhoppningsvis lindras efterhand som hon märker att relationen förbättras.

Diskuterar den evolutionspsykologiska förklaringsmodellen. Hon har inte haft några direkta funderingar kring den, tycker fortfarande den verkar rimlig. Framkommer inget som tyder på att hon blivit alltför desillusionerad av den.

En stor del av sessionen ägnas relationsproblem som inte har omedelbar koppling till svartsjukan. Vi kommer gemensamt fram till att hon ska ringa honom mindre ofta eftersom hon känner sig efterhängsen. Då relationen inte är helt bra kan det inte uteslutas att detta leder till att den försämras ytterligare, och vi diskuterar därför om hon tror sig orka med en eventuell separation. Hon tror att hon gör det och kan också se att relationen inte är långsiktigt hållbar om den inte överlever att hon ringer mindre ofta. Hon ska dessutom bli tydligare med vad hon vill i relationen för att inte lämna utrymme för felaktiga tolkningar av att hon ringer mindre ofta.

Lisa ska under den kommande veckan på en stor fest tillsammans med sin pojkvän och vet av erfarenhet att detta kommer att kunna leda till häftig svartsjuka. Diskuteras därför hur hon ska göra för att hantera detta. Huvudsaklig hemuppgift blir att stå emot alla eventuella kontrollimpulser.

### *Session 3*

Lisa mår bra och tycker att det har fungerat väldigt bra över hela linjen. Hon har inte ringt alls lika ofta upplever att relationen till pojkvännen faktiskt har vunnit på det, bl.a. har pojkvännen blivit mer engagerad i henne. Festen gick bra trots en del provocerande situationer. Att det gick bra tycks vara en kombination av att hon varit tydligare i kommunikationen med sin pojkvän om vad hon uppskattar, t.ex. att få en kram då och då, samt av att hon lyckades stå emot alla kontrollimpulser.

Framkommer dock att hon i en annan situation kontrollerade sin pojkvän utan att tänka på det som ett kontrollbeteende. Hon ställde frågor om en kvinna som hon sett pojkvännen stå och prata med på stan, och fick veta att hon hade fast sällskap och dessutom inte bodde i stan. Detta lugnade henne direkt, och hon fick således bra betalt för detta kontrollbeteende. Resonerar med henne kring det luriga i att kontrollbeteendena ibland faktiskt kan vara lugnande. Pratar om detta som en starkt vidmakthållande faktor. Klargör att när det är fråga om kontrollbeteenden som är drivna av svartsjuka som inte är grundad i faktiska omständigheter, då är det angeläget att hon står emot dem. Använder även brandvarnarmetaforen i syfte att hon lättare ska kunna stanna upp och tänka efter innan hon agerar i en problemsituation.

Gör den kognitiva konceptualiseringen. Lisa kan se att hennes nya beteende inte sliter på relationen så som det gamla gör och att detta leder till en mycket positivare självvärdering – ”är stolt över mig själv”. Huvudsaklig hemuppgift att inte följa kontrollimpulser.

### *Session 4*

Det har varit en hel del konflikter mellan Lisa och pojkvännen men dessa har inte berott på svartsjuka. Hon har bara varit svartsjuk en gång och lyckades då väldigt bra med att inte försäkra sig trots att det ”kokade” inom henne. Hon har dock haft svårt att släppa det som gjorde henne svartsjuk den gången och tror att det bidragit till att hon nu drömmer obehagliga drömmar. Det framkommer emellertid även andra omständigheter som troligen bidragit till att det varit extra besvärligt att hantera just den här situationen. Hon får beröm för vad hon gjort och hon är också nöjd med sig själv. Överenskommes att avsluta behandlingen i och med nästa samtal.

### *Session 5*

Lisa upplever att det hade börjat fungera riktigt bra för henne med avseende på svartsjukan tills relationen till pojkvännen blev alltmer ansträngd och hon nu inte riktigt vet var hon har honom. De har varit så nära en separation man kan vara, fann sedan varandra igen men nu ser det åter mörkt ut. Detta är mycket arbetsamt för henne och hon är både ledsen och orolig. Hon förefaller dock ha en mycket sund hantering av situationen och har också bra stöd från familj och vänner. Vad gäller svartsjukan har den alltså varit svårare att hålla i schack nu när relationen är i ordentlig gungning. Som det verkar är hennes svartsjuka inte obefogad och hon förefaller dessutom inte ha ägnat sig åt dysfunktionella beteenden som en följd av den. Stärker Lisa i detta och poängterar att hon inte ska vara besviken över att hon är svartsjuk nu när det faktiskt förefaller berättigat. Sammanfattar kontakten och fokuserar strategier för vidmakthållande. Avslutar som planerat.

*Erik**Anamnes*

Erik är 22 år och arbetar som telemontör. Han har vid behandlingens början varit ensamstående i ca ett halvår. Förhållandet till den f.d. flickvännen sprack p.g.a. av att han var mycket svartsjuk. De hade varit tillsammans i drygt ett år när de separerade men redan från början präglades deras förhållande av hans svartsjuka. Han säger att han kontrollerade henne hela tiden och att hon till slut fick nog av detta. Han har haft flera andra förhållanden och i nästan alla dessa har hans svartsjuka varit ett stort problem. Han berättar att svartsjukan oftast blir värre när han dricker alkohol, vilket han gör i stort sett varje helg.

Han beskriver en trygg uppväxt och har alltid haft kompisar och aldrig varit mobbad, men har ändå aldrig kunnat lita på människor. Han beskriver ett stort behov att bli sedd och uppskattad men är oftast rädd för att inte bli det. I sociala sammanhang känner han sig ändå ofta osäker.

*Session 1*

Erik berättade under bedömningsamtalet att han blivit rekommenderad av den kurator han tidigare gått hos att avvakta med att etablera en ny kärleksrelation tills han tagit itu med sin svartsjuka. Han informerades då om att det ur behandlingssynvinkel kan vara en nackdel att inte ha en partner eftersom det minskar sannolikheten att svartsjukan triggas, vilket i sin tur ger betydligt sämre möjligheter att i autentiska problem-situationer utveckla och tillämpa nya färdigheter. Vi kom därför överens om att den tidigare rekommendationen inte längre gäller.

Presenterar den evolutionspsykologiska teorin om svartsjuka. Han förefaller ta denna till sig. Diskuterar även hur kontrollbeteenden tenderar att vidmakthålla och förvärra svartsjuka. Avslutar för övrigt SCID-II-intervjun då denna inte blev helt klar under den inledande bedömningen.

Erik får i hemuppgift att fylla i PNT till nästa session i den händelse han drabbas av svartsjuka. Om inte ombedes han att dra sig till minnes någon tidigare episod och försöka erinra sig vad som hände då och hur han reagerade på den.

*Session 2*

Erik har faktiskt redan träffat en ny tjej, säger att han alltid haft lätt för sig på den fronten. Han träffade henne redan för två veckor sedan och det har fungerat över förväntan, säger att han inte varit särskilt svartsjuk under den här tiden. Han har bestämt sig för att inte ge 100 % i relationen, vilket han tenderat att göra tidigare. Han har medvetet låtit bli att kontrollera och det har fungerat bra.

Går igenom en situation som han registrerat i PNT och som inträffade när han var tillsammans med sin förra flickvän. Hans hantering av denna situation präglades av anklagelser och kontrollbeteenden, och han kan klart se hur destruktivt detta var. Brandvarnarmetaforen presenteras för att han lättare ska förstå att svartsjukan ofta är falskt alarm och inte nödvändigtvis värd att agera på. Hemuppgiften är att han ska vara uppmärksam på alla impulser till kontrollerande beteenden och försöka häva dessa.



### *Session 3*

Erik har vid några enstaka tillfällen blivit svartsjuk men har lyckats bra med att inte följa impulserna att kontrollera eller söka försäkran. I detta avseende har det så här långt fungerat klart bättre än i någon annan tidigare relation, men han tror att det kanske kan bli svårare framöver eftersom hans känslor för flickvännen har stärkts efterhand.

Gör den kognitiva conceptualiseringen. Erik tror att hans nya, icke-kontrollerande beteende påverkar relationen positivt och att det dessutom kan leda till mindre misstänksamhet eftersom han lagt märke till att ju mer han frågar, desto mer misstänksam blir han. Det nya beteendet leder också till en mer positiv självvärdering – ”är stolt över mig själv”.

Repeterar brandvarnarmodellen i syfte att stärka medvetenheten om att svartsjukan, om den återkommer med förnyad kraft, sannolikt inte är värd att agera på. Huvudsaklig hemuppgift är att fortsätta att inte följa kontrollimpulserna.

### *Session 4*

Erik mår relativt bra och tycker att relationen fungerar bra. Vid ett tillfälle har han dock blivit svartsjuk och frågat ut sin flickvän, men då det i detta fall faktiskt bedöms som en helt adekvat reaktion från hans sida, ger det tillfälle att belysa svartsjukans funktionella grund. Berömmar honom också för att han så väl lyckas skilja på befogade och obefogade svartsjukereaktioner. Som det verkar har Erik så här långt klarat sig utan alltför besvärande obehag när han låter bli att följa impulser att kontrollera och söka försäkran. Han berättar också att han inte känner samma rädsla som tidigare för att bli övergiven. Överenskommes att avsluta behandlingen i och med nästa samtal.

### *Session 5*

Erik mår bra. Det fungerar fortsatt bra mellan honom och flickvännen men han har en del funderingar på vad hon gjorde härom kvällen, känner att han inte riktigt litar på henne och har tänkt att han borde fråga ut henne om det. Han tillstår även att han har tankar om att kolla hennes mobil, tankar som blivit allt svårare att stå emot. Diskuterar detta utifrån den conceptualisering som gjordes tidigare. Han inser snabbt att hans tankar är på väg att leda honom tillbaka till ett destruktivt kontrollerande beteende och säger att han absolut inte ska fråga ut henne eller kolla hennes mobil. Resonerar kring detta som ett bakslag. Sammanfattar kontakten och fokuserar strategier för vidmakthållande. Avslutar som planerat.

### *Åsa*

Åsa, 30 år, är personalchef på ett medelstort företag. Hon träffade sin man för ungefär två år sedan, och ett år senare gifte de sig. I början av förhållandet var hon inte särskilt svartsjuk, men när de så småningom flyttade ihop blev det betydligt svårare för henne att lita på honom och sedan dess har hon oerhört svårt att lita på att han ska vara trogen. De förhållanden hon haft innan det nuvarande anser hon inte ha präglats särskilt mycket av svartsjuka även om hon haft svårt att lita på att hennes partners inte ska gå tillbaka till sina respektive f.d. flickvänner.

Åsa beskriver en trygg uppväxt trots att mamman ofta var nedstämd och pappan kärleksfull ”bara när det passade honom”. Som barn var hon under en längre period

rädd för att hennes pappa skulle vara otrogen och hon gick bl.a. igenom hans kalender för att hitta tecken på otrohet. Hon säger att hon drevs av en rädsla för att hennes mamma skulle bli olycklig. Hennes pappa var så vitt hon vet aldrig otrogen och så småningom slutade hon kontrollera honom. Hon är sedan flera år nedstämd av och till och besväras även av ångest. Hon har nyligen påbörjat medicinering mot depression med Sertralin.

### *Session 1*

Åsa känner sig inte så deprimerad för tillfället men är sedan en tid mycket stressad av sitt arbete. Vid genomgång av hennes registreringar i PNT framkommer att hon kan uppträda som om inget hade hänt fast hon kokar av svartsjuka inombords. Hon beskriver här en upplevelse som närmast är dissociativ till sin karaktär. Avvaktar till nästa session med att utvärdera och balansera hennes negativa tankar. Framkommer i övrigt att hon ordnat sitt liv så att hon i möjligaste mån ska kunna undvika att hamna i situationer som gör henne svartsjuk.

Presenterar den evolutionspsykologiska teorin och på vilket sätt den kan vara relevant för hanteringen av svartsjuka. Åsa berättar då att hon redan sedan tidigare tänker i dessa banor kring svartsjuka. Hon får i hemuppgift att fortsätta fylla i PNT.

### *Session 2*

Sedan förra sessionen har Åsa haft väldigt mycket att stå i och har inte "haft tillfälle" att känna sig svartsjuk. Dagens session måste också kortas av något eftersom hon har bråttom iväg.

Beträffande den evolutionära modellen så hade hon alltså sedan tidigare ett snarlikt tankesätt, men hon vill tillägga att mycket även beror på personlighet och erfarenheter. Hon beskriver sig själv som "miljöskadad" här, säger att hon kollar andra kvinnor hela tiden eftersom hon är så fokuserad på sitt utseende i jämförelse med dem. Hon tror att roten till hennes egen svartsjuka ligger i att hon ofta är avundsjuk på andra kvinnors utseende.

Klargör att hennes resonemang kring personlighet och livserfarenheter är helt i linje med forskning och klinisk erfarenhet, och helt förenligt med evolutionspsykologisk teori. Poängterar att det evolutionära perspektivet kan bidra med en förståelse av svartsjuka som i grunden funktionell men att den ibland skjuter över målet. Använder brandvarnarmetaforen här.

Vi går vidare med att utvärdera och balansera hennes negativa tankar i situationer hon registrerat i PNT. Diskuterar även behovet av att avveckla en del beteenden, bl.a. anklagelser om att partnern åtrår andra kvinnor. Hemuppgiften till nästa session är att Åsa på egen hand ska balansera upp de negativa tankar hon registrerat.

### *Session 3*

Åsa är fortsatt mycket stressad och har prioriterat bort PNT. Uttrycker förståelse för detta men klargör samtidigt att det är en nödvändig förutsättning för framgång i behandlingen att hemuppgifterna görs. Vi går sedan igenom en problemsituation som Åsa memorerat väl. I denna fick hon dels tankar om att partnern är intresserad av en

annan kvinna, t.ex. ”Han sitter nog och kollar in henne”, dels självnedvärderande tankar, t.ex. ”Jag duger inte” och ”Jag är inte tillräckligt attraktiv”. Hon reagerade starkt såväl känslomässigt (sorg) som fysiologiskt (bl.a. klump i halsen). Hon började också kontrollera partnern och han blev då väldigt osäker, vilket ytterligare spädde på hennes negativa tankar och känslor. Hon tillägger att hon faktiskt kontrollerar sin partner mindre nu än tidigare men detta tycks till stora delar bero på undvikandebeteenden.

Hon säger att det stör henne mer att han kollar på andra kvinnor än tanken på att han ska göra slut. En komplicerande faktor här är en kraftigt förhöjd vaksamhet och selektiv uppmärksamhet som riskerar att bidra till feltolkningar av partnerns beteende. Resonerar med henne kring detta, bl.a. utifrån ett evolutionärt perspektiv. Den evolutionära tolkningen bedöms inte bidra till ökad förståelse i detta fall. Då Åsa förefaller underskatta sitt värde, inte minst utifrån en som det verkar skev bild av hur hon ser ut, diskuteras detta utifrån mate-value-hypotesen. Som det verkar faller detta ganska väl ut.

Planerar hemuppgift till nästa session. Hon ryggar först inför detta, tror inte alls att hon kommer att klara den specifika uppgift vi talar om, men när hon blir helt införstådd med att hon kan exponera sig gradvis och dessutom helt i sin egen takt, tror hon att det kanske kan gå.

Efter denna session meddelar Åsa att hon måste avbryta behandlingen med hänvisning till bl.a. en ansträngd arbetssituation.

## RESULTAT

### Symptomformulär

Som framgår av fallbeskrivningarna ovan var det bara två patienter som fullföljde behandlingen och därför saknas eftermätningar för de andra två patienterna (se tabell 1).

Tabell 1

*Förekomst av personlighetsstörning samt resultat i symptomformulär före och efter behandling*

Patient	Ålder	Personlighetsstörning	BDI		BAI		MJS	
			Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Eva	25	Paranoid	21	–	11	–	60	–
Lisa	21	0	10	4	5	0	73	53
Erik	22	Osjälvständig	22	21	29	25	93	55 <sup>a</sup>
Åsa	30	Para., Depressiv	39	–	16	–	109	–

*Not.* BDI, Beck Depression Inventory; BAI, Beck Anxiety Inventory; MJS, Multidimensional Jealousy Scale. –, data saknas p.g.a. att behandlingen inte slutfördes.

<sup>a</sup> Eftermätningen gäller en annan relation än förmätningen.

I Multidimensional Jealousy Scale kan man, förutom den förändring som framkommer i tabell 1, även se förändringar i de olika delskalorna för kognitioner, känslor respektive beteenden i tabell 2.

Tabell 2

*Resultat före och efter behandling i Multidimensional Jealousy Scales subskalor*

	Kognitioner		Känslor		Beteenden	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Lisa	17	17	41	28	15	8
Erik	29	21 <sup>a</sup>	39	28 <sup>a</sup>	25	6 <sup>a</sup>

*Not. <sup>a</sup> Eftermätningen gäller en annan relation än förmätningen.*

### Utvärderingsformulär

I det följande redovisas patienternas svar på frågorna i utvärderingsformulären. Endast de patienter som fullföljde behandlingen fyllde i utvärderingsformulär I. I detta formulär avgavs svaren på en sjugradig Osgoodskala med motsatsparen ”inte alls” (= 0) respektive ”väldigt mycket” (= 6).

Utvärderingsformulär II hade såväl slutna som öppna frågor. Svaren på de slutna frågorna avgavs på en femgradig Likertskala med ”instämmer helt” och ”instämmer inte alls” som yttervärden, den sista frågan undantagen (se bilaga 2). Formuläret administrerades brevledes och en av patienterna skickade trots flera påminnelser aldrig tillbaka sitt svar.

#### *Utvärderingsformulär I*

**1. Behandlingen har bl.a. haft fokus på de tankemönster som präglat din svartsjuka, och du har då bl.a. fått identifiera, utvärdera och balansera en del av de tankar som ligger bakom din svartsjuka.**

**Tycker du att detta har hjälpt dig att hantera din svartsjuka?**

Båda patienterna markerade motsvarande 5.

**2. Under behandlingen har även beteendemönster som utmärkt din svartsjuka varit i fokus, och du har då framför allt fått gå emot impulser att kontrollera din partners förehavanden och/eller impulser att försäkra dig om att han/hon är trogen.**

**Tycker du att detta har hjälpt dig att hantera din svartsjuka?**

En patient markerade motsvarande 4, en motsvarande 5.

**3. Du har fått ta del av en evolutionspsykologisk modell för svartsjuka under behandlingen.****Tycker du att detta har hjälpt dig att hantera din svartsjuka?**

En patient markerade motsvarande 2, en motsvarande 5.

Patienterna skattade alltså de kognitiva interventionerna som mest värdefulla (i genomsnitt 5 på en 6-gradig skala). Därefter kom beteendinterventionerna (i genomsnitt 4,5) och sist den evolutionspsykologiska psykoedukationen (i genomsnitt 3,5).

*Utvärderingsformulär II***1. Jag upplevde det evolutionära perspektivet på svartsjuka som på det hela taget trovärdigt.**

Två patienter ”instämmer i huvudsak”. En patient har inte markerat något alternativ men beskriver en upplevelse av det evolutionära perspektivet som trovärdigt ”men inte ett svar på varför den för vissa personer blir ett psykiskt handikapp.”

**2. Jag kände mig obekvämt med att min svartsjuka beskrevs utifrån ett evolutionärt perspektiv.**

Alla tre patienter svarar ”inte alls”. Ingen har kommenterat frågan.

**3. Det evolutionära perspektivet på svartsjuka kändes inte som en naturlig del av behandlingen.**

Två patienter ”instämmer inte alls”, en ”instämmer i huvudsak inte”.

**4. Det evolutionära perspektivet bidrog till att göra min egen svartsjuka mer begriplig.**

En patient ”instämmer helt”, en ”instämmer i huvudsak” och en ”instämmer i huvudsak inte”. Patienten som i huvudsak inte instämmer skriver att hennes svartsjuka bättre förklaras av bristande omsorg från föräldrarnas sida under uppväxten.

**5. Det evolutionära perspektivet har hjälpt mig att bättre hantera min svartsjuka.**

En patient ”instämmer helt” och skriver att hon känner sig mer normal nu. En patient ”instämmer delvis” och skriver bl.a. att hon nu bättre förstår sin svartsjuka. En patient ”instämmer i huvudsak inte” men skriver ändå att hon har en teori att luta sig emot som gör att svartsjukan går att ”ta på” och att svartsjukan ”blir inte lika diffus” och hon känner sig inte lika ensam.

### **6. Vissa detaljer i det evolutionära perspektivet kändes långsökta.**

En patient ”instämmer inte alls”, en ”instämmer i huvudsak inte” och en ”instämmer delvis”. Patienten som instämmer delvis skriver att hon inte tror att det är så stora skillnader mellan könen och att den könsskillnad som finns ”med åren mer går emot en personlighetsfaktor”.

### **7. Det evolutionära perspektivet på svartsjuka kändes som en välintegrerad del av behandlingen**

En patient ”instämmer helt”, en ”instämmer i huvudsak” och en ”instämmer delvis”.

### **8. Jag upplevde att andra tänkbara orsaker till min svartsjuka kom i skymundan.**

Alla tre patienter ”instämmer i huvudsak inte”.

### **9. Vissa detaljer i det evolutionära perspektivet kändes trovärdiga.**

En patient ”instämmer helt”, två ”instämmer i huvudsak”. En av de som instämmer i huvudsak nämner bl.a. ”mannens intresse i att vara fadern till avkomman” och ”kvinnans behov av att ha mannen omkring sig när barnet växer upp”.

### **10. Det evolutionära perspektivet har bidragit till att minska de skuldkänslor jag har för min svartsjuka.**

En patient ”instämmer helt”, en ”instämmer i huvudsak inte” och en ”instämmer inte alls”. Patienten som inte instämmer alls skriver att ”det ursäktar inte ett destruktivt och kontrollerande beteende av en partner man älskar.”

### **11. Hur har det evolutionära perspektivet påverkat din självkänsla?**

En patient svarar att det ”stärkts något”, en att det ”inte påverkats”. En har inte markerat något alternativ, skriver att hon inte vet.

## **DISKUSSION**

Behandlingsutfallet i termer av patienternas skattningar i symptomformulär är en underordnad men ändå väsentlig del av studien, och därför är bortfallet på 50 % i detta hänseende naturligtvis besvärande och behöver kommenteras direkt. En av de två patienter som det saknas eftermätningar för, Eva, genomgick i det närmaste hela behandlingen och gjorde det dessutom med mycket god compliance. Behandlingen tycktes också leda till inte obetydliga förbättringar, vilket även hennes pojkvän gav uttryck för i parsamtal. I princip skulle också eftermätningen kunnat göras om det inte vore för att traumatiseringen omöjliggjorde detta. Således kan man betrakta det som att tre av fyra behandlingar fullföljdes trots att data saknas för en av dem.

Den andra patienten som det saknas eftermätningar för, Åsa, avbröt behandlingen i ett tidigare skede, bl.a. med hänvisning till sin ansträngda arbetssituation. Det fanns i

hennes fall även andra omständigheter som komplicerade behandlingen, inte minst en svår depression (39 poäng i Beck Depression Inventory). Depressionsproblematiken bedömdes först vara en exkluderande faktor, men då det visade sig att hon inte var suicidal samt upplevde att svartsjukan var en starkt bidragande orsak till depressionen, gjordes en överenskommelse att inkludera henne i studien. Till saken hör att hon nyligen påbörjat farmakologisk behandling mot sin depression.

Behandlingsutfallet för Lisa och Erik, de två patienter som det finns fullständiga data för i detta hänseende, får betraktas som hyggligt till gott med hänsyn till skattningarna i Multidimensional Jealousy Scale (MJS), där Lisa minskade sina poäng med 27 % och Erik med 41 %. Intressant att notera är att minskningen är störst vad gäller dysfunktionella beteenden, vilket i och för sig inte var oväntat med tanke på behandlingsupplägget. Här skall dock tilläggas att för Erik gällde för- respektive eftermätningen olika relationer. Utfallet i BAI och BDI får sägas vara mycket gott för Lisa, medan Eriks skattningar i samma formulär visar på en marginell förbättring vad gäller ångest och i stort sett oförändrad nivå vad gäller depressivitet. Här ska noteras att Lisas ångest-symptomatologi redan innan behandlingen låg på en subklinisk nivå.

Att jämföra dessa resultat med de från de andra studierna är vanskligt av flera skäl, dels p.g.a. det mycket ringa antalet patienter i denna studie, dels p.g.a. att studierna har olika upplägg och dels p.g.a. att utfallsmåtten delvis är olika. Man kan dock konstatera att i Dolan och Bishay's (1996) studie halverades poängen (eller mer än så) för 14 av 30 patienter i såväl BAI som BDI efter behandling. Detta kan sägas gälla också för den här studien även om det genomsnittliga resultatet var klart bättre i Dolan och Bishay's studie. Vidare är resultaten vad gäller beteenden kopplade till svartsjuka jämförbara, kanske t.o.m. något bättre i denna studie, medan resultaten för kognitioner kopplade till svartsjuka är klart bättre i Dolan och Bishay's studie.

Det är än vanligare att jämföra resultaten med Cobbs och Marks studie (1979) eftersom det inte finns några gemensamma utfallsmått. Dessutom är det så att deras behandlingar var betydligt mer omfattande (i snitt 19,5 samtal jämfört med fem samtal i denna studie). Intressant att notera är dock att deras patienter förbättrades mest vad gäller beteenden och känslor, vilket till ganska stora delar påminner om utfallet i denna studie.

#### *Utvärderingsformulär I*

Patienternas skattning av den evolutionspsykologiska psykoedukationens värde relativt de kognitiva och beteendeinriktade interventionerna får sägas vara förhållandevis högt (notera dock spridningen i svar), även om det inte når upp på samma nivå som de aktiva behandlingskomponenterna. Att de kognitiva interventionerna värderades högre än de beteendeinriktade är kanske något förvånande med hänsyn till resultatet i MJS, där förbättringen avseende beteenden är påtagligt större än förbättringen avseende kognitioner.

#### *Utvärderingsformulär II*

Den evolutionspsykologiska psykoedukation (i detta och följande avsnitt fortsättningsvis EPP) som gavs tycks ha tolererats väl såtillvida att ingen av patienterna tyckte att det kändes obekvämt att få sin svartsjuka beskriven utifrån detta perspektiv. En

delvis bidragande orsak till detta kan antas vara att patienterna upplevde EPP som i huvudsak trovärdig. En patient avvek något här men gav samtidigt uttryck för att hon helhjärtat trodde på innehållet i EPP, vilket gör hennes svar lite svårtolkade. Att ingen patient upplevde att andra perspektiv på svartsjuka kom i skymundan kan också ses som att EPP har tolererats väl. Detta sammantaget ger stöd för att EPP så som den administrerats i denna studie inte behöver upplevas som provocerande.

EPP upplevdes till klart övervägande delen som en naturlig och integrerad del i kognitiv beteendeterapi även om det finns en viss spridning i svaren. När det gäller frågan om EPP kan bidra till att minska patientens skuldkänslor är spridningen i svar däremot mycket stor, med en övervikt åt att EPP inte bidrog till att minska skuldkänslor. Det är ändå så att det tycks finnas en potential i EPP att påverka åtminstone vissa patienters skuldkänslor på ett mycket positivt sätt. Alla patienter upplevde att EPP i någon utsträckning har hjälpt dem att hantera sin svartsjuka, i ett av fallen i stor utsträckning. Även på denna fråga finns dock en betydande spridning i svaren.

Det tycks inte som att EPP påverkade patienternas självkänsla nämnvärt. Att frågan om självkänsla över huvud taget aktualiserades i denna studie berodde på att åtminstone tre av patienterna visade sig ha en till stora delar mycket bristfällig självkänsla. Det är för övrigt också väl känt att dålig självkänsla ofta förekommer tillsammans med morbid svartsjuka (se t.ex. Tarrier et al., 1990), men det var först i och med att behandlingarna kom igång och den bristande självkänslan blev påtaglig klinisk verklighet som det kändes angeläget att på något sätt fokusera fenomenet. Således smögs på slutet av utvärderingsformulär II in en fråga om hur patienterna uppfattar att självkänslan påverkats av den evolutionspsykologiska psykoedukationen. Man kan naturligtvis ifrågasätta såväl validiteten som reliabiliteten i en sådan här fråga – vad är det egentligen som mäts? I den kognitiva beteendeterapeutiska litteraturen (se t.ex. Fennell & Jenkins, 2004) beskrivs dålig självkänsla ofta i termer av grundantaganden om otillräcklighet och värdelöshet. Denna typ av grundantaganden tycktes finnas hos alla patienterna, mer eller mindre uttalade, och i behandlingen utvecklades en som författaren upplever hygglig ömsesidig förståelse av att det var detta den dåliga självkänslan handlade om. Mot bakgrund av att patienternas bristande självkänsla troligen är en funktion av dysfunktionella grundantaganden, får man kanske betrakta det som mindre sannolikt att EPP skulle kunna rubba dessa.

Det ges alltså bl.a. ett visst stöd i utvärderingsformulär II för att EPP har hjälpt patienterna i deras hantering av svartsjuka. Förhåller det sig på det viset är det rimligt att anta att detta i någon utsträckning återspeglas i patienternas självskattningar i symptomformulären. Då patienterna också skattade en lindrigare symptombild efter behandling, ger detta ett visst utrymme för att spekulera i att EPP faktiskt bidragit till denna lindring. Hade däremot patienterna inte upplevt en lindring i sina besvär skulle en samtidig positiv upplevelse av EPP med avseende på hur de hanterar sin svartsjuka riskera att framstå som suspekt.



### Studiens begränsningar

Det finns många begränsningar med studien som bör beaktas. Den kanske mest grundläggande begränsningen är att författaren ensamt utfört alla moment i studien, vilket gör det mycket svårt att kontrollera för allegiance-effekter, d.v.s. att författarens tro på och lojalitet till den studerade metoden inverkar på resultatet. Ett exempel på en möjlig allegiance-effekt är det sätt på vilket EPP förmedlades till patienterna, där det t.ex. inte kan uteslutas att detta omedvetet gjordes med något för stor entusiasm. Detta kan i så fall kan ha påverkat patienternas skattningar av värdet av EPP. Att författaren stod för såväl behandling som utvärdering kan också ha bidragit till att patienterna inte känt sig helt fria att ge negativ feedback efter behandlingen.

Man kan också ifrågasätta om urvalet av patienter var representativt för dem som besväras av morbid svartsjuka. Deltagarna i studien var t.ex. förhållandevis unga (medelåldern var 24,5) och det kan inte uteslutas att äldre personer generellt har svårare att godta EPP. Då patienterna var klart yngre än terapeuten (41 år) kan det också tänkas att den auktoritet som högre ålder ofta ger gjorde att patienterna blev mer okritiska. Det var för övrigt också den äldsta patienten som var minst positiv till EPP och som dessutom avbröt behandlingen.

Förfarandet vid administration av utvärderingsformulär II var som framgår i proceduravsnittet inte optimalt, men bedöms inte ha inverkat på resultaten mer än högst marginellt. Ingenting i patienternas svar på frågorna talar för att tidsfördröjningen haft någon betydelse. Vad gäller symptomformulären är det ett observandum att Eriks skattningar i MJS gällde en relation före behandling och en annan efter. Det förefaller dock som mest sannolikt att den förändring som ägde rum mellan mätningarna återspeglar en faktisk symptomlindring eftersom Erik inte i någon tidigare relation upplevt att det fungerat så bra med avseende på svartsjukan som i den nya relationen.

Tyvärr fanns inte utrymme för uppföljning, vilket självklart även det är en begränsning.

Mer allmänt kan man naturligtvis fråga sig om det är rimligt att tro att det med så få som 4-6 sessioner går att åstadkomma långsiktigt hållbara behandlingsresultat med patienter som, förutom morbid svartsjuka, besväras av personlighetsstörningar. Även om denna fråga inte är omedelbart relaterad till studiens frågeställningar, är den ändå intressant att reflektera över i sammanhanget. Dock förefaller det som att Dolan & Bishay (1996) har lyckats med detta, även om det inte framgår hur många av deras patienter som också hade en personlighetsstörning (personlighetsstörningar var i alla fall inget exklusionskriterium i deras studie).

### Slutsatser och förslag till fortsatt forskning

Trots studiens uppenbara begränsningar ger den underlag för förhoppningar om att psykoedukation baserad på evolutionspsykologisk teori kan vara ett adekvat tillägg vid behandling av morbid svartsjuka. För att kunna rekommendera denna form av psykoedukation som tillägg i behandling av morbid svartsjuka krävs naturligtvis ytterligare forskning. I ett första skede kan lämpligen denna studie replikeras, men då metodologiskt uppstramad för att minimera felkällor. Om sedan resultaten av en sådan

studie motiverar det, kan man i ett nästa skede göra en randomiserad kontrollerad behandlingsstudie där kognitiv beteendeterapi vid morbid svartsjuka med tillägg av evolutionspsykologisk psykoedukation jämförs med kognitiv beteendeterapi utan detta tillägg. En sådan studie skulle kunna ge en betydligt bättre grund för att avgöra värdet av evolutionspsykologisk psykoedukation i detta sammanhang.

## REFERENSER

- American Psychiatric Association. (1995). *Mini-D: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Barret, L., Dunbar, R., & Lycett, J. (2002). *Human evolutionary psychology*. Basingstoke: London: Palgrave.
- Beck, A.T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. New York: Harper Collins.
- Beck, A.T., & Emery, G., with Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A., & medarbetare. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (2005). *Beck Anxiety Inventory (BAI). Manual*. Svensk version. Stockholm: Psykologiförlaget AB.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (2005). *Beck Depression Inventory – Second edition (BDI-II). Manual*. Svensk version. Stockholm: Psykologiförlaget AB.
- Bishay, N., Petersen, N., & TARRIER, N. (1989). An uncontrolled study of cognitive therapy for morbid jealousy. *British Journal of Psychiatry*, 154, 386-389.
- Bishay, N., TARRIER, N., Dolan, M., Beckett, R., & Harwood, S. (1996). Morbid jealousy: A cognitive outlook. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 9-23.
- Brottsförebyggande rådet (2001). *Dödligt våld mot kvinnor i nära relationer*. BRÅ-rapport 2001:11. Stockholm: BRÅ. Fritzes.
- Brottsförebyggande rådet (2002). *Våld mot kvinnor i nära relationer. En kartläggning*. Brå-rapport 2002:14. Stockholm: BRÅ. Fritzes.
- Buunk, B., & Bringle, R.G. (1987). 'Jealousy in love relationships', In Perlman, D., & Duck, S.W. (Eds) *Intimate relationships: Development, dynamics, and deterioration*, pp. 123-147. Beverly Hills: Sage publications.
- Buunk, B. (1997). Personality, birth order and attachment styles as related to various types of jealousy. *Personality and Individual Differences*, 23, 997-1006.

- Buss, D.M. (2000). *The dangerous passion: Why jealousy is as necessary as love or sex*. New York: Free Press.
- Buss, D.M. (2001). Cognitive biases and emotional wisdom in the evolution of conflict between the sexes. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 219-223.
- Buss, D.M., & Haselton, M. (2005). The evolution of jealousy. *Trends in Cognitive Sciences*, *9*, 506-507.
- Buss, D.M. (2008). *Evolutionary psychology: The new science of mind*. Boston: Allyn and Bacon.
- Cobb, J., & Marks, I. (1979). Morbid jealousy featuring as obsessive-compulsive neurosis: Treatment by behavioural psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, *134*, 301-305.
- Craske, M.G., & Barlow, D.H. (1993) Panic disorder and agoraphobia. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: Second edition* (pp. 1-47). New York: The Guilford Press.
- De Silva, P. (1997). Jealousy in couple relationships: Nature, assessment and therapy. *Behaviour Research and therapy*, *35*, 973-985.
- Docherty, J.P., & Ellis, J. (1976). A new concept and finding in morbid jealousy. *American Journal of Psychiatry*, *133*, 679-683.
- Dolan, M. & Bishay, N. (1996). The effectiveness of cognitive therapy in the treatment of non-psychotic morbid jealousy. *British Journal of Psychiatry*, *168*, 588-593.
- Dolan, M. & Bishay, N. (1996). The effectiveness of cognitive therapy in morbid jealousy: A case report. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *10*, 35-40.
- Dolan, M. & Bishay, N. (1996). The role of sexual behaviour/attractiveness schema in non-psychotic morbid jealousy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *10*, 41-61.
- Ellis, A. (1996). The treatment of morbid jealousy: A rational emotive behavior therapy approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *10*, 23-33.
- Fennell, M. & Jenkins, H. (2004). Low self-esteem. In J. Bennet Levy, Gillian Butler, Melanie Fennell, Ann Hackmann, Martina Mueller, & David Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 413-430). Oxford: Oxford University Press.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1999). *Handbok: SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. Svensk bearbetning av Jörgen Herlofsson. Danderyd: Pilgrim Press.

- Freud, S. (1922). Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVIII (1920-1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works*, 221-232
- Gilbert, P., & Bailey K.G. (Eds.) (2000). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (ed.) (2004). *Evolutionary theory and cognitive therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Harris, C.R. (2000). Psychophysiological responses to imagined infidelity: The specific innate modular view of jealousy reconsidered. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1082-1091.
- Keenan, P.S., & Farrell, D.P. (2000). Treating morbid jealousy with eye movement desensitization and reprocessing utilizing cognitive interweave: A case report. *Counselling Psychology Quarterly*, 13, 179-189.
- Kingham, M., & Gordon, H. (2004). Aspects of morbid jealousy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 207-215.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Oxford University Press.
- López, F.J.C. (2003). Jealousy: A case of application of functional analytic psychotherapy. *Psychology in Spain*, 7, 86-98.
- Lukens, E.P., & McFarlane, W.R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crises Intervention*, 4, 205-225.
- Ottoson, J. (2004). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Parker, G. & Barrett, E. (1997). Morbid jealousy as a variant of obsessive- compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 133-138.
- Pfeiffer, S.M., & Wong, P.T.P. (1989). Multidimensional jealousy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 181-196.
- Pines, A.M. (1992). Romantic jealousy: Five perspectives and an integrative approach. *Psychotherapy*, 29, 675-683.
- Pinker, S. (1997). *How the mind works*. New York: Norton.
- Pinker, S. (2002). *The blank slate*. New York: Viking Penguin.
- Sabini, J., & Silver, M. (2005). Gender and jealousy: Stories of infidelity. *Cognition and Emotion*, 19, 713-727.

- Sharpsteen, D.J., & Kirkpatrick, L.A. (1997). Romantic jealousy and adult romantic attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 627-640.
- Stein, D.J., Hollander, E., Josephson, S.C. (1994). Serotonin reuptake blockers for the treatment of obsessional jealousy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 30-33.
- Stevens, A., & Price, J.S. (1996). *Evolutionary psychiatry: A new beginning*. London: Routledge.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., & Bishay, N. (1990). Morbid jealousy: A review and cognitive-behavioural formulation. *British Journal of Psychiatry*, 157, 319-326.
- Ward, J., & Voracek, M. (2004). Evolutionary and social cognitive explanations of sex differences in romantic jealousy. *Australian Journal of Psychology*, 56, 165-171.
- White, G.L., & Mullen, P.E. (1989). *Jealousy: Theory, research, and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and guidelines*. Geneva: WHO.

# Multidimensional Jealousy Scale (MJS)

Bilaga 1

Efter Pfeiffer &amp; Wong, 1989

*Instruktioner: Tänk på en person som du har, eller har haft, en djup kärleksrelation till. Vänligen svara på följande frågor om din relation till denne/denna person (i frågorna refererad till som "X") genom att ringa in de siffror som bäst överensstämmer med dina tankar, känslor och beteenden.*

Hur ofta har du följande tankar om X?

**1. Jag misstänker att X i hemlighet träffar någon av det motsatta könet.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**2. Jag är orolig för att någon av det motsatta könet springer efter X.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**3. Jag misstänker att X kan vara attraherad av någon annan.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**4. Jag misstänker att X kan vara intim fysiskt med någon annan av det motsatta könet bakom min rygg.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**5. Jag misstänker att någon av det motsatta könet är förälskad i X.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**6. Jag är orolig för att någon av det motsatta könet försöker förföra X.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**7. Jag tror att X i hemlighet utvecklar ett intimt förhållande med någon av det motsatta könet.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**8. Jag misstänker att X är galen i andra av det motsatta könet.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

Hur skulle du beskriva din känslomässiga reaktion på följande situationer?

**1. X gör en kommentar om hur snygg en speciell person av det motsatta könet är.**

0	1	2	3	4	5	6
Helt tillfreds			Varken tillfreds eller upprörd			Extremt upprörd

**2. X visar ett betydande intresse eller upphetsning när han eller hon talar med någon av det motsatta könet.**

0	1	2	3	4	5	6
Helt tillfreds			Varken tillfreds eller upprörd			Extremt upprörd

**3. X ler på ett väldigt vänligt sätt mot någon av det motsatta könet.**

0	1	2	3	4	5	6
Helt tillfreds			Varken tillfreds eller upprörd			Extremt upprörd

**4. En person av det motsatta könet försöker hela tiden komma nära X.**

0	1	2	3	4	5	6
Helt tillfreds			Varken tillfreds eller upprörd			Extremt upprörd

**5. X flirtar med någon av det motsatta könet.**

0	1	2	3	4	5	6
Helt tillfreds			Varken tillfreds eller upprörd			Extremt upprörd

**6. Någon av det motsatta könet dejtar X.**

0	1	2	3	4	5	6
Helt tillfreds			Varken tillfreds eller upprörd			Extremt upprörd

**7. X kramar och kysser någon av det motsatta könet.**

0	1	2	3	4	5	6
Helt tillfreds			Varken tillfreds eller upprörd			Extremt upprörd

**8. X arbetar väldigt nära en person av det motsatta könet (i skolan eller på arbetet).**

0	1	2	3	4	5	6
Helt tillfreds			Varken tillfreds eller upprörd			Extremt upprörd

Hur ofta ägnar du dig åt följande beteenden?

**1. Jag genomsöker X:s byrååador, väskor eller fickor.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**2. Jag ringer oväntat till X, bara för att se om han eller hon är där.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**3. Jag frågar ut X om tidigare eller aktuella kärleksrelationer.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**4. Jag säger något elakt eller otrevligt om en person av det motsatta könet om X visar intresse av den personen.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**5. Jag frågar ut X om hans eller hennes telefonsamtal.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**6. Jag frågar ut X om hans eller hennes förehavanden.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**7. Jag blandar mig i så fort jag ser X prata med någon av det motsatta könet.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden

**8. Jag överraskar X med ett besök bara för att se vem han eller hon är med.**

0	1	2	3	4	5	6
Aldrig			Ibland			Hela tiden



## Utvärderingsformulär I för behandling mot svartsjuka

*Nedan ställs ett antal frågor kring några av huvudinslagen i den behandling du precis genomgått. Var vänlig läs igenom alla frågor i formuläret innan du börjar svara. Svara genom att sätta ett kryss i det utrymme på skalan som bäst motsvarar din uppfattning. Svara så uppriktigt du kan.*

Behandlingen har bl.a. haft fokus på de tankemönster som präglat din svartsjuka, och du har då bl.a. fått identifiera, utvärdera och balansera en del av de tankar som ligger bakom din svartsjuka.

Tycker du att detta har hjälpt dig att hantera din svartsjuka?

Inte alls							Väldigt mycket

Under behandlingen har även beteendemönster som utmärkt din svartsjuka varit i fokus, och du har då framför allt fått gå emot impulser att kontrollera din partners förhållanden och/eller impulser att försäkra dig om att han/hon är trogen.

Tycker du att detta har hjälpt dig att hantera din svartsjuka?

Inte alls							Väldigt mycket

Du har fått ta del av en evolutionspsykologisk modell för svartsjuka under behandlingen.

Tycker du att detta har hjälpt dig att hantera din svartsjuka?

Inte alls							Väldigt mycket

## Utvärderingsformulär II för behandling mot svartsjuka Bilaga 3

I det följande ställs ett antal frågor kring det evolutionära perspektiv på svartsjuka som du fick ta del av under den behandling du nyligen genomgick. Frågorna besvaras genom att du markerar med ett kryss i den ruta som bäst överensstämmer med din uppfattning.

1. *Jag upplevde det evolutionära perspektivet på svartsjuka som på det hela taget trovärdigt.*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instämmer helt	Instämmer i huvudsak	Instämmer delvis	Instämmer i huvudsak inte	Instämmer inte alls

2. *Jag kände mig obekväm med att min svartsjuka beskrevs utifrån ett evolutionärt perspektiv.*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instämmer helt	Instämmer i huvudsak	Instämmer delvis	Instämmer i huvudsak inte	Instämmer inte alls

*Om du i någon utsträckning instämmer, var det något särskilt som gjorde dig obekväm?*

---



---



---



---

3. *Det evolutionära perspektivet på svartsjuka kändes inte som en naturlig del av behandlingen.*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instämmer helt	Instämmer i huvudsak	Instämmer delvis	Instämmer i huvudsak inte	Instämmer inte alls

4. *Det evolutionära perspektivet bidrog till att göra min egen svartsjuka mer begriplig.*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instämmer helt	Instämmer i huvudsak	Instämmer delvis	Instämmer i huvudsak inte	Instämmer inte alls

5. *Det evolutionära perspektivet har hjälpt mig att bättre hantera min svartsjuka.*

- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Instämmer<br>helt        | Instämmer<br>i huvudsak  | Instämmer<br>delvis      | Instämmer<br>i huvudsak inte | Instämmer<br>inte alls   |

*Om du i någon utsträckning instämmer, försök att beskriva på vilket sätt det hjälpt dig att hantera din svartsjuka.*

---

---

---

---

6. *Vissa detaljer i det evolutionära perspektivet kändes långsökta.*

- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Instämmer<br>helt        | Instämmer<br>i huvudsak  | Instämmer<br>delvis      | Instämmer<br>i huvudsak inte | Instämmer<br>inte alls   |

*Om du i någon utsträckning instämmer, är det några särskilda detaljer du tänker på?*

---

---

---

---

7. *Det evolutionära perspektivet på svartsjuka kändes som en välintegrerad del av behandlingen.*

- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Instämmer<br>helt        | Instämmer<br>i huvudsak  | Instämmer<br>delvis      | Instämmer<br>i huvudsak inte | Instämmer<br>inte alls   |

8. Jag upplevde att andra tänkbara orsaker till min svartsjuka kom i skymundan.

- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Instämmer<br>helt        | Instämmer<br>i huvudsak  | Instämmer<br>delvis      | Instämmer<br>i huvudsak inte | Instämmer<br>inte alls   |

9. Vissa detaljer i det evolutionära perspektivet kändes trovärdiga.

- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Instämmer<br>helt        | Instämmer<br>i huvudsak  | Instämmer<br>delvis      | Instämmer<br>i huvudsak inte | Instämmer<br>inte alls   |

Om du i någon utsträckning instämmer, är det några särskilda detaljer du tänker på?

---



---



---



---

10. Det evolutionära perspektivet har bidragit till att minska de skuld känslor jag har för min svartsjuka.

- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Instämmer<br>helt        | Instämmer<br>i huvudsak  | Instämmer<br>delvis      | Instämmer<br>i huvudsak inte | Instämmer<br>inte alls   |

11. Hur har det evolutionära perspektivet påverkat din självkänsla?

Den har:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Försvagats<br>mycket     | Försvagats<br>något      | Inte påverkats           | Stärkts något            | Stärkts mycket           |