



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

”Att placera hunden i ugnen”

**En explorativ studie om sambanden mellan inkräktanden,
tvångssyndrom och andra psykiska symtom
ur ett transdiagnostiskt perspektiv.**

Åsa Eriksson & Linda Järild

Psykologexamensuppsats. Vol. XII (2010): 21

Handledare: Håkan Johansson
Handledare: Björn Gustavson
Examinator: Sven Ingmar Andersson

Abstract

The purpose of the present study was to explore the possible relation between appraisals of intrusions and psychological symptoms. This included an analysis of how the following variables; 1) the belief domain responsibility, 2) the belief domain control/importance, 3) frequency, 4) recency, 5) level of distress when experiencing intrusions and 6) different themes of intrusions, were related to psychological symptoms. This was investigated by reviewing theories on the subject and by using quantitative as well as qualitative methodology. The participants were 89 individuals, 37 percent were men and 63 percent were women. Ages of the participants ranged from 18 to 65+ years. Two instruments were used; Interpretation of Intrusions Inventory (III-31) and Symptom Checklist 90 (SCL-90). Positive correlations were found between the belief domains of intrusions, frequency of intrusions, level of distress when experiencing intrusions and all symptoms on SCL- 90. No correlations were found between recency of intrusions and symptoms. Themes of intrusion had different means on Global Severity Index (GSI) in SCL-90. These results support the conclusion that intrusions are to be considered a transdiagnostic process. This indicates usefulness and benefit of a joint treatment manual for dysfunctional appraisals and belief domains of intrusions.

Keywords: intrusions, OCD, transdiagnostic, cognitive theory, appraisals, belief domains, III-31, SCL-90.

Sammanfattning

Syftet med aktuell studie var att utforska eventuella samband mellan värderingar av inkräktanden och psykologiska symtom. Detta inkluderade en analys av hur följande variabler; 1) övertygelsesdomänen ansvar, 2) övertygelsesdomänen kontroll/betydelse, 3) frekvens av inkräktande, 4) senaste inkräktande, 5) upplevt obehag vid inkräktanden samt 6) tematiskt innehåll i inkräktanden, relaterade till symtom. Detta undersöktes genom en översikt av tillämpbar litteratur och genom kvantitativ såväl som kvalitativ metodologi. Deltagarna var 89 individer varav 37 procent var män och 63 procent var kvinnor. Åldersspannet sträckte sig från 18 till 65+ år. Två instrument användes; Interpretation of Intrusions Inventory (III-31) och Symtom checklist 90 (SCL-90). Övertygelsesdomänerna ansvar och kontroll/betydelse, frekvens samt upplevt obehag hade positiva samband med symtom på SCL-90. Variabeln senast upplevda inkräktande hade inga samband med symtom. Tema på inkräktande uppvisade olika medelvärde på generell besvärnivå (GSI) på SCL-90. Resultaten stöder slutsatsen att inkräktanden är att betrakta som en transdiagnostisk process. Detta indikerar användbarhet och nytta av en gemensam manual för behandling av dysfunktionella värderingar och övertygelsesdomäner av inkräktanden.

Nyckelord: inkräktanden, påträngande tankar, OCD, tvångssyndrom, transdiagnostisk, kognitiv teori, värderingar, övertygelsesdomäner, III-31, SCL-90

Tack till

Deltagare i studien.

Sandra Bates och Njördur Viborg för inspiration i ämnet.

Rachel Maddux och Jurgen Reeder för hjälp med översättning.

Håkan Johansson och Björn Gustavson för handledning.

Tehuset Java och Kino för sponsring.

Innehållsförteckning

Inledning	7
Syfte och frågeställningar.....	8
Det transdiagnostiska perspektivet.....	9
Transdiagnostiska processer	11
Definition av inkräktanden.....	11
Förekomst av inkräktanden i icke-klinisk population	12
Inkräktanden kontra olika typer av kognitiva processer	12
Oro kontra inkräktande	13
Negativa automatiska tankar kontra inkräktande	13
Ruminering kontra inkräktande	13
Tvångstankar kontra inkräktande	13
Tvångssyndrom/OCD.....	14
OCD ur ett neuropsykiatriskt perspektiv	15
OCD ur ett beteendeperspektiv.....	15
OCD ur ett kognitivt perspektiv	16
Övertygelsesdomäner.....	17
Antagande om ansvar	17
Övervärdering av tankars betydelse	18
Behov av tankekontroll.....	18
Övervärdering av hot.....	18
Perfektionism.....	19
Intolerans för ovisshet	19
Sammanblandande av tanke-handling	19
Teorisammanfattning	20
Metod	21
Procedur	21
Deltagare	22
Kvalitativ analys.....	22

Statistisk analys	23
Material	24
Symptom Checklist- 90	24
Interpretation of Intrusions Inventory 31	25
Resultat	26
Tematisering.....	26
Statistiska resultat.....	27
Deskriptiv statistik.....	27
Deskriptiv analys av teman.....	27
Korrelationsanalys	28
Multipel regressionsanalys	30
Diskussion.....	31
Resultatdiskussion.....	31
Samband mellan inkräftanden, övertygelsesdomäner och psykiska symtom	31
Tema i inkräftanden	31
Metoddiskussion.....	33
Validitet	35
Metodval.....	36
Urval	37
Sammanfattande slutsatser	38
Avslutande reflektioner och rekommendationer	39
Referenser	42
Bilaga A.....	47

Inledning

Tvångssyndrom är ett betydande hälsoproblem då de drabbade ofta inrättar hela sin tillvaro kring uppgiften att avvärja tvång och dämpa ångesten förknippad med tvånget (Bates, 2006). Detta kan på ett handikappande sätt påverka bland annat familjeliv, yrkesliv och sociala relationer. Den engelska beteckningen för tvångssyndrom är Obsessive-Compulsive Disorder, och ofta används förkortningen *OCD*. Numera är OCD också etablerat som begrepp i svensk terminologi, varför de båda i föreliggande studie för variationens skull kommer användas växelvis. Behandling av OCD har inom beteendeterapi sedan 1960-talet utgått från metoderna *exponering och responsprevention* vilka syftar till att utsätta klienten för det som väcker obehag samt att densamme skall motstå impulsen att utföra en dysfunktionell respons för att hantera ångesten. För många patienter är det emellertid en krävande behandling då den väcker mycket ångest. Så många som 25 procent hoppar av behandlingen och ytterligare 25 procent förbättras inte alls eller bara mycket lite (Bates, 2006). Följaktligen har det varit nödvändigt att öka kunskapen och förståelsen för hur man når behandlingsframgång för denna svårbehandlade grupp.

Forskning om etiologin till OCD väckte i slutet av 1970-talet intresset för de ovälkomna tankar, bilder eller impulser som spelar stor roll vid tvångssyndrom. Det engelska begreppet för dessa är ”intrusions” (Clark & Rhyno, 2005) medan det gängse begreppet i Sverige är påträngande tankar. Denna studie kommer använda termen *inkräktanden* eftersom studiens författare anser att detta bättre förklarar fenomenets olika komponenter såsom bilder, tankar och impulser.

Inkräktanden och tvångssymtom kan ses som liggande längs ett kontinuum (Clark & Rhyno, 2005). Därutöver kan inkräktanden betraktas som ett diagnosöverskridande fenomen och för att särskilja inom vilka diagnoser inkräktanden hör hemma behöver man bland annat se till tankeinnehåll, värderingsmönster och responser på ångestväckande stimuli (Purdon, 2005).

McFall och Wollersheim (1979) var först med att föreslå att den primära värderingen av hot samt den sekundära responsen vid tvångssyndrom grundar sig på maladaptiva och förmedvetna övertygelser (McFall & Wollersheim, 1979). De kognitiva teorierna har sedan dess utvecklats och förfinats och förklarar idag etiologin och vidmakthållandet av OCD i termer av dysfunktionella värderingar och övertygelser (Clark, Purdon, & Wang, 2003). Behandling som utvecklats ur teorin är utformad för att minska eller eliminera de maladaptiva värderingarna av inkräktandet (Wittal, Woody, McLean, Rachman, & Robichaud, 2010). Tvångssyndrom är emellertid fortfarande ett svårbehandlat tillstånd. Att

inkräktanden funnits ha så central roll vid tvångssyndrom gör det till ett högst intressant fenomen att undersöka i strävan efter effektiva behandlingsmodeller.

Det faktum att inkräktanden visat sig vara diagnosöverskridande ligger till grund för föreliggande studies *transdiagnostiska* ansats. Grundtanken i det transdiagnostiska perspektivet är att hitta underliggande dysfunktionella processer som griper över diagnosgränser (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). Detta står i kontrast till ett perspektiv där fasta kriterier avgränsar mellan den ena eller den andra diagnosen. Det transdiagnostiska perspektivet kan tydliggöras genom att föreställa sig en behandling av överdrivet handtvättande med exponering och responsprevention. Patienten uppnår bättre kontroll över sitt handtvättande men däremot kvarstår de dysfunktionella processer som gett upphov till problematiken (Harvey et al., 2004). Om inte grundproblemet åtgärdas, det vill säga de dysfunktionella värderingarna och övertygelserna, kan istället nya problem uppstå. Detta skulle exempelvis kunna handla om annan tvångsproblematik, depression eller ångest. Ett enskilt beteende är utsläckt, men sättet att tänka finns kvar.

Få studier belyser förekomsten av inkräktanden i icke-klinisk population som inte enbart består av studenter. Därför eftersträvar författarna att inkludera deltagare med varierad bakgrund. Idag är de flesta forskare med kognitiv inriktning överens om att det finns ett flertal övertygelsesdomäner som är specifika för OCD (Clark, 2004). Olika forskare lägger dock tyngdpunkten på olika domäner. Utifrån tillgång på instrument valdes i föreliggande studie att enbart fokusera på tre övertygelsesdomäner, nämligen ansvar, kontroll och betydelse. Inledningsvis redogörs för aktuell kunskap och forskning om det transdiagnostiska perspektivet, om inkräktanden, inom det neuropsykiatriska perspektivet samt avseende beteende- och kognitiva teorier om OCD. Slutligen redogörs för föreliggande studies metoder, resultat och diskussion.

Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande studie är att explorativt undersöka fenomenet inkräktanden och värderingen av dessa i en normalpopulation. På detta sätt kommer relationen mellan inkräktanden och olika typer av psykiska symtom utforskas. Uppsatsen utgår från följande frågeställningar;

1. När individen upplever inkräktande tankar, bilder och impulser; har då en övervärdering av ansvar något samband med tvångstankar? Eller är en övervärdering av ansvar en transdiagnostisk

process? Vilka typer av psykiska symtom korrelerar med en övervärdering av ansvar över inkräftanden?

2. När individen upplever inkräftande tankar, bilder och impulser, har då en övervärdering av kontroll/betydelse något samband med tvångstankar? Eller är en sådan övervärdering en transdiagnostisk process? Vilka typer av psykiska symtom korrelerar med denna övertygelsesdomän?
3. Har frekvensen av inkräftanden något samband med vilka typer av psykiska symtom individen upplever?
4. Har när man senast upplevde ett inkräftande något samband med vilka typer av psykiska symtom individen upplever?
5. Har den subjektiva upplevelsen av obehag i samband med inkräftanden något samband med vilka typer av psykiska symtom individen upplever?
6. Har temat i inkräftanden något samband med vilka typer av psykiska symtom individen upplever?

Det transdiagnostiska perspektivet

Såväl psykologisk forskning som klinisk praktik utgår idag mestadels från psykiatriska diagnoser. Forskare har tenderat att fokusera på en specifik diagnos i försök att förstå dess etiologi och upprätthållande, med målet att utveckla en effektiv behandling för den aktuella diagnosen (Harvey et al., 2004). Klassificeringsinstrument har utvecklats utifrån DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 2000) och inom ICD-10, (World Health Organisation [WHO], 2007). First (2002) menar att det främsta målet med klassificeringssystemet var att skapa ett gemensamt språk bland kliniker och forskare samt som gemensamt underlag i utbildningen om psykopatologi inom hälsoprofessionen. Harvey et al. (2004) menar att det kan vara en lättnad och hjälp för patienter och deras anhöriga att få en diagnos.

Samtidigt finns ett antal nackdelar med dylika klassificeringssystem. Det ökar risken för att den kliniska bilden hos individen förenklas och viktig information kan gå förlorad. Klassificeringssystem är också komplicerade. I nuvarande DSM-IV finns över 350 psykiatriska diagnoser, och att få en diagnos kan leda till att en patient blir stigmatiserad och diskriminerad. Harvey et al. (2004) menar vidare att det kan ligga flera vinster i att, istället för att fokusera på diagnoser, titta på de kognitiva och beteendeprocesser som är gemensamma för flera olika diagnoser. De pekar på att ett antal såväl psykologiska som biologiska processer har identifierats som viktiga över de diagnostiska gränserna. Detta gäller exempelvis funktionen hos amygdala, serotoninets roll samt minnes- och uppmärksamhetsprocesser.

Fördelarna med att anamma ett transdiagnostiskt perspektiv är att detta delvis kan tillhandahålla en förklaring till den höga komorbiditet som finns i kliniska grupper. Om det finns processer som är dysfunktionella, och som bidrar till ett flertal symtombilder, så är det lätt att förstå att olika diagnoser kan existera samtidigt hos en individ likväl som en och samma individ kan få flera olika diagnoser under sin livstid. Samsjuklighet tycks vara en regel snarare än ett undantag (Kessler et al. 1994). Inom forskningen är det vanligt att utesluta deltagare med komorbiditet, vilket innebär att man endast kan generalisera till människor med en ”ren” diagnos. Det kan finnas flera orsaker till komorbiditet. Det kan bero på att kategorierna i DSM har dålig diskriminerande validitet, det vill säga att en diagnos kan verka som en riskfaktor för en annan men orsaken kan även vara att psykiatriska diagnoser samexisterar för att de delar gemensamma processer (Harvey et al., 2004). En annan fördel med ett transdiagnostiskt perspektiv är att det kan underlätta användandet av teoretisk kunskap och kunskap om behandling mellan olika diagnoser. Framsteg i behandling och förståelse av en diagnos kan underlätta i förståelsen av en annan diagnos om dessa diagnoser delar underliggande processer. Ytterligare en fördel är att det transdiagnostiska perspektivet har potential att förklara en del intressanta fynd. Man har sett i studier, där man utformat behandlingen för en specifik diagnos, att behandlingen hjälper även mot komorbida diagnoser (Tsao, Mystkowski, Zucker, & Craske, 2002), vilket återigen kan tyda på att det finns processer som delas över diagnosgränser.

Att trots fördelarna med det transdiagnostiska perspektivet och riskerna med det kategoriserande perspektivet fortsätta arbeta utifrån det senare kan tyckas orimligt. Enligt Maser et al. (2009) kan psykiatrin inte bryta den medicinska traditionen med kategoriska klassificeringar. Däremot kan nästa upplaga av DSM innebära ett paradigmskifte. Att man använder sig av kategorier betyder inte att man inte kan ha dimensioner inom kategorierna. Problemet är inte att se fördelarna med att tänka både och, utan hur man genomför ett paradigmskifte på ett begripligt och praktiskt fungerande sätt. Ett plötsligt systemskifte skulle leda till behov av utbildning och svårigheter inom forskning. Samtliga problem är av administrativ art och går att lösa. Föreliggande studie antar ett transdiagnostiskt perspektiv och ser symptom som placerade längst med ett kontinuum. Trots det kommer symptom samtidigt att beskrivas utifrån rådande diagnostiska kategorier.

Transdiagnostiska processer. Harvey et al. (2004) pekar på ett antal kognitiva och beteendemässiga processer som de anser vara transdiagnostiska. Exempel på sådana är selektiv uppmärksamhet för externa respektive interna stimuli, selektivt minne, arbetsminnesprocesser, emotionellt resonerande, positiva och negativa metakognitiva övertygelser, upprepade och återkommande tankar osv. William James (1890/1950) benämnde redan i slutet av 1800-talet mångfalden av kognitiva processer som en ständigt pågående men evigt föränderlig ström av tankar, medvetande eller subjektivt liv (James, 1950). Det kan handla om oro, dagdrömmar, åltande eller tankspriddhet (Klinger, 1996) vilka med jämna mellanrum stör tankeflödet och vår förmåga att fokusera på vår tankeverksamhet (Sarason, Pierce, & Sarason, 1996).

Definition av inkräktanden

Definitionen av inkräktanden skiljer sig åt något mellan olika författare och det finns i nuläget ingen konsensus i hur dessa ska identifieras (Julien, O'Connor, & Aardema, 2007). Horowitz (1975) definierar inkräktanden som ”vilken tanke som helst som ofrivilligt tar sig in i medvetandet, fordrar en dämpande handling eller som är svår att bli av med, som sker upprepade gånger eller som upplevs som något man vill undvika” (egen översättning, s. 1458). Rachman (1981) anger inkräktanden som ”repetitiva tankar, bilder eller impulser som är oacceptabla och/eller oönskade[...] och som väcker obehag för individen”(egen översättning, s.89). Rachman säger vidare att inkräktanden ska avbryta en pågående aktivitet, ha sitt upphov från individens inre och vara svårkontrollerbara.

Clark och Rhyno (2005) avgränsar inkräktanden som ”vilken som helst distinkt, identifierbar kognitiv händelse som är oönskad, oavsiktlig och återkommande. De avbryter tankeflödet, stör utförande av uppgift, är förknippade med negativ affekt och svåra att kontrollera”(egen översättning, s.4). Ovanstående definitioner är ganska precisa, Yee och Vaughan (1996) har valt en bredare begreppsförklaring och definierar inkräktanden som vilken medveten tanke som helst som kommer inifrån och som distraherar eller stör pågående aktivitet. Inkräktanden är inte kedjor av tankar utan snarare åtskilda ”kognitiva bitar” i pågående kognitiv aktivitet (Clark & Rhyno, 2005). Tabell 1 beskriver i punktform inkräktanden såsom definierat ovan. Föreliggande studie definierar inkräktanden enligt denna sammanställning.

Tabell 1

Sammanställning över egenskaper hos inkräktanden

-
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• En tydlig tanke, bild eller impuls som individen blir medveten om• Kommer från personens inre• Oavsiktlig och ofrivillig• Tenderar att vara återkommande eller repetitiv• Uppfattas som oacceptabel eller ovälkommen | <ul style="list-style-type: none">• Avbryter pågående verksamhet och/eller beteende• Svår att kontrollera och få att försvinna• Fångar och avleder uppmärksamheten lätt• Är kopplad till negativ affekt (ångest, nedstämdhet eller skuld) |
|--|--|
-

Notera. Fritt utifrån Clark och Rhyno (2005)

Förekomst av inkräktanden i icke-klinisk population. Intresset för inkräktanden i den icke-kliniska populationen kommer främst från forskningen om etiologin till tvångssyndrom (Clark & Rhyno, 2005). Harvey et al. (2004) menar att inkräktande tankar är normala och universella. 1978 var Rachman och da Silva de första som rapporterade att inkräktanden, som spelar så stor roll i tvångssyndrom, också förekommer i icke-klinisk population. De undersökte 124 studenter och fann att 84 procent upplevde inkräktanden vars innehåll var mycket likt det hos individer med OCD. Inkräktandena förekom oftare när deltagarna var deprimerade eller oroliga då de också försökte motstå sina inkräktanden i högre grad. Efterföljande studier bekräftar att 80-90 procent av individer i icke-kliniska populationer upplever inkräktanden med samma teman som individer med OCD (Clark & Rhyno, 2005). Slutsatsen från dessa studier är att inkräktanden hos individer med och utan OCD skiljer sig åt i kvantitet och svårighetsgrad men inte i förekomst, uttryck eller innehåll (Wilhelm & Steketee, 2006).

Inkräktanden kontra olika typer av kognitiva processer

Beck (1976) menar i sin cognitive content-specificity hypothesis (CCSH) att varje psykologisk störning särskiljs genom ett specifikt kognitivt innehåll. Hypotesen tycks stämma när man granskar vilken typ av inkräktanden som *huvudsakligen* förekommer vid olika psykologiska svårigheter. Vid depression förekommer främst inkräktanden om personlig förlust eller misslyckande. Däremot handlar inkräktanden vid ångest primärt om hot och sårbarhet. En hög förekomst av komorbiditet talar emellertid emot att en individ enbart befinner sig inom ett tillstånd med dess givna innehåll. Harvey och medarbetare (2004) ställer sig frågan om man överhuvudtaget kan skilja mellan olika typer av återkommande negativa tankar, såsom oro, ruminering och tvångstankar. De menar att, även om det finns olikheter, så

finns det tillräckligt många likheter mellan dessa typer av kognitiva processer för att kunna betrakta dem som liggande längs samma kontinuum.

Oro kontra inkräktande. *Oro* tar sig mestadels uttryck i verbal form och uppträder som ett stabilt mönster av upprepande tankar som är nära kopplade till individens befintliga bekymmer (Borkovec, Shadick, & Hopkins, 1991). Inkräktanden tenderar att vara kortvariga och ickestyrda (Clark & Rhyno, 2005). I en icke-klinisk population anses oro vara ett större bekymmer än inkräktanden eftersom oro är mer verklighetsförankrat, obehagligt och tenderar att hindra funktionen hos individen mer (Clark & Rhyno, 2005). Både inkräktanden och oro fångar uppmärksamheten lätt, stör pågående aktivitet, är svåra att kontrollera och leder till subjektivt obehag eller smärta (Borkovec et al., 1991). Kortvariga perioder av oro tycks leda till ökade negativa inkräktanden, vilket antyder att ett starkt funktionellt samband existerar mellan de två typerna av kognition (Clark & Rhyno, 2005).

Negativa automatiska tankar kontra inkräktande. *Negativa automatiska tankar* (NAT) är återkommande och nedvärderande kommentarer om, och från, individen själv (Ingram, Atkinson, Slater, Saccuzzo, & Garfin, 1990). Negativa automatiska tankar uppfattas som *egosyntona*, det vill säga; överensstämmande med egna värderingar och uppfattningar, och rationella. De följer sålunda ett normalt tankeflöde och är svåra att få tillgång till. Eftersom NAT är en inneboende kvalitet i ett deprimerat eller ångestfyllt tillstånd så upplevs de som mer rimliga och frivilliga jämfört med inkräktanden. Inkräktanden påverkas av sinnesstämning men är mindre humörstyrda än NAT. En mycket större andel av inkräktanden förekommer som bilder jämfört med NAT (Clark & Rhyno, 2005).

Ruminering kontra inkräktande. *Ruminering* kan definieras som det hanteringsätt, de tankar och beteenden, en individ har i ett nedstämt stämningsläge. Ruminering karakteriseras av långa tankekedjor om ens symtom, symtomens betydelse och deras möjliga orsaker och konsekvenser, ett repetitivt fokuserande på det faktum att man är deprimerad (Nolen-Hoeksema, 1991). Tankar vid ruminering är egosyntona och präglade av historiskt innehåll. Inkräktanden ökar vid depression och tycks kunna sätta igång episoder av depressiv ruminering. Detta antyder att det även här finns ett starkt funktionellt samband mellan dessa två typer av kognition (Clark & Rhyno, 2005).

Tvångstankar kontra inkräktande. Man kan placera inkräktanden och *tvångstankar* längs ett svårighetskontinuum som åtskiljer de två i grad snarare än i sort. Dimensioner att ta i beaktning när man vill avgöra huruvida det handlar om ett inkräktande eller en tvångstanke är frekvens, upplevd skuld,

mening, motstånd, behov av kontroll, hur upprörande och störande tanken är. Huruvida ett *egodystont*, jagfrämmande, inkräktande ska anses vara en tvångstanke eller ett oönskat inkräktande avgörs genom den subjektiva upplevelsen av dessa dimensioner (Clark & Rhyno, 2005). Tabell 2 beskriver skillnader och likheter i de olika typer av kognitiva processer såsom inkräktanden, oro, NAT, ruminering och tvångstankar vilka gått igenom i det aktuella avsnittet.

Tabell 2

Sammanfattning av likheter och skillnader mellan ovan nämnda kognitiva processer.

	Egosyntona	Ofrivilliga	Repetitiva	Kontrollerbara	Påverkar funktions-nivå	Negativa	Medvetna
Inkräktanden		xxx	x			x	xx
Oro	xxx	x	xx	x	xx	xxx	xxx
NAT	xxx	xxx	xx		xx	xxx	
Ruminering	xxx		xxx	x	xxx	xxx	xxx
Tvångstankar		xx	xxx	x	xxx	xxx	xx

Notera. x representerar i viss mån, xx i högre grad och xxx i mycket hög grad

Tvångssyndrom/OCD

OCD framträder med två tydliga komponenter. *Obsessioner*; tvångstankar, utgörs av oönskade tankar, impulser, inre bilder och känslor som ger upphov till ångest och andra negativa känslor. *Kompulsioner*; tvångshandlingar, är medvetna ansträngningar att minska ångesten genom upprepade konkreta handlingar, hela ritualer, eller mentala handlingar i syfte att neutralisera tvångstanken (Bates, 2006). För att diagnosticeras med tvångssyndrom ska en individ ha tvångstankar och/eller tvångshandlingar som orsakar ett påtagligt lidande, är tidskrävande eller störande för dagliga rutiner eller sociala aktiviteter. Individen ska vid något tillfälle ha insikt om att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är överdrivna eller orimliga (APA, 2000).

OCD har en prevalens på drygt en procent med en svag kvinnodominans. Könsfördelningen skiftar emellertid i undergrupperna (Ottosson, 2004). De vanligaste tvångsproblemen kretsar kring renlighet och tvättritualer eller osäkerhet och kontrollritualer. Andra mindre vanliga föreställningar är symmetri-tvång, räknetsvång och upprepningstvång (Bates, 2006). OCD debuterar ofta i barndomen eller tidig

vuxenålder och får ofta ett kroniskt förlopp med en rad negativa påföljder på psykosociala områden. Tidig debut inkluderar ofta tecken på Tourettes syndrom. I cirka hälften av fallen är debuten akut. Hos kvinnor kan graviditet, förlossning, familjekonflikter och somatiska sjukdomar vara utlösande faktorer, hos männen förändrade arbetsförhållanden eller familjekonflikter. Övriga fall utvecklar sig smygande utan säkra utlösande faktorer (Ottosson, 2004).

OCD ur ett neuropsykiatriskt perspektiv. Kartläggning av signalsubstanser och hjärnabbildningar vid tvångssyndrom visar på avvikelser hos serotoninreceptorer och ökad metabolism i orbitofrontala cortex, gyrus cinguli och basala ganglier. Områdena med ökad metabolism är rika på serotonerga förbindelser vilket gör att dessa resultat är förenliga (Ottosson, 2004). Hypoteser om avvikelser i hjärnan kan dock inte förklara hur dessa leder till inkräktanden eller tvång. Forskningsfynden är dessutom motsägelsefulla och vissa argumenterar för att det kan vara de tvångsmässiga beteendena i sig som leder till funktionsförändringar i hjärnan (Abramowitz, 2006). Ottosson (2004) menar att tvångssyndrom med överaktivitet i frontalhjärnan verkar leda till ett överdrivet socialt medvetande såväl som ett överkontrollerat beteende som visar sig i pedanteri och tvång. Detta är ett motsatt tillstånd jämfört med frontallobsyndromet med utslagen frontallobsfunktion där individen får minskad medvetenhet om vad som är socialt godtagat beteende och nedsatt förmåga att kontrollera impulser.

Förstegradssläktingar till individer med tvångssyndrom uppvisar ökad förekomst av ångestsyndrom, tvångssyndrom, tvångsmässiga personlighetsdrag och Tourettes syndrom, vilket stöder genetiska orsaksfaktorer för OCD. I tvillingstudier har man sett att det är vanligare att båda syskonen har tvångssyndrom bland enäggstvillingar än bland tvåäggstvillingar (Ottosson, 2004). Hjärnans strukturer och förbindelser påverkas av genetiska faktorer, och om forskningen lyckas integrera neurobiologiska fynd med kognitivt inriktad forskning kommer en mer komplett förståelse om etiologin till OCD att utvecklas (Taylor, Abramowitz, & McKay, 2007). Samtidigt kan inte miljöpåverkan uteslutas och sannolikt är orsaksgrunden till OCD, precis som vid andra psykiska störningar, en ömsesidig påverkan mellan miljö- och arvsfaktorer (Ottosson, 2004).

OCD ur ett beteendeperspektiv. Före mitten av 1960-talet fanns ingen effektiv psykologisk eller medicinsk behandling för OCD. Tidiga beteendebehandlingar såsom systematisk desensitisering, operant förstärkning och avslappningsterapi hade begränsad och blandad behandlingsframgång. Beteendeteorin kring OCD bygger på Mowrers tvåfaktorsteori (1960) för rädsla och undvikande. Denna förklarade uppkomsten av tvångsproblem genom klassisk betingning när neutrala objekt, platser eller

personer kopplas till obehagskänslor (Clark, 2004). Genom att individen aktivt flyr det obehagliga uppstår tvångsbeteendet genom operant inlärning och eftersom handlingen effektivt minskar ångesten på kort sikt så förstärks den negativt.

1966 publicerade Meyer en rapport om en framgångsrik behandling av tvångsproblem som byggde vidare på Mowrers tvåfaktorsteori: exponering och responsprevention, ERP (Meyer, 1966). Exponering går ut på att individen utsätter sig för det som väcker obehag och responsprevention innebär att låta bli att göra någonting, varken i handling eller i tanke, för att minska obehaget (Bates, 2006). Meyers beskrivning av exponering och responsprevention gjorde ett bestående avtryck på hur beteendeterapeuter skulle komma att arbeta med OCD och idag är exponering och responsprevention fundamenten i modern KBT-behandling. Under de dryga 30 åren som gått sedan ERP introducerades har kliniska försök visat att 60-85 procent av patienter som fullföljt en ERP-behandling blivit signifikant bättre. På mitten av 1970-talet förfinades och vidareutvecklades Meyers metod (Clark, 2004) och idag anses ERP nödvändigt i behandlingen för att få bestående förbättring hos individer med tvångsproblem. Modellen innebär dock en allt för stor utmaning för vissa, cirka 25 procent vägrar att delta och ungefär 25 procent av deltagare visar ingen eller liten förbättring (Bates, 2006).

OCD ur ett kognitivt perspektiv. Trots framgångarna med ERP har vissa begränsningar med metoden lett till att kliniska forskare föreslagit ett tillägg av kognitiva interventioner (Clark, 2000). Becks (1967) kognitiva teori för depression utgör grunden till förståelsen för hur inkräktande tankar kan leda till tvångsmässiga rädslor och ritualer. Enligt denna teori har människan starka övertygelser om sig själv, andra och världen omkring sig. Det är dessa kärnövertygelser som avgör hur vardagliga händelser och upplevelser kommer att tolkas av individen, vilket i sin tur styr dennes sinnesstämning och handlingsmönster. Människor med starkt positiva övertygelser om sig själv, andra och omvärlden kommer sannolikt ha lättare för att avfärda besvärande inkräktanden än vad människor med starkt negativa övertygelser om detsamma kommer att ha (Wilhelm & Steketee, 2006).

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) består av 46 forskare från nio länder som sedan 1995 arbetat för att ta fram modeller och behandlingar av tvångssyndrom. OCCWG (1997) menar att den kognitiva utgångspunkten för OCD kan delas in i tre nivåer:

- I. Inkräktanden: Oönskade tankar, bilder och impulser som tränger in i medvetandet kan beskrivas som tvångsmässiga när de når klinisk svårighetsgrad.

- II. Värderingar: Förväntningar, tolkningar eller andra typer av utvärderingar av betydelsen av en särskild händelse, såsom till exempel ett inkräktande.
- III. Antaganden (övertygelser): Antaganden är tämligen bestående föreställningar hos individen och är aktiva i en mängd olika situationer, inte bara i samband med specifika händelser. Antaganden kan vara specifika för OCD eller vara generella övertygelser om sig själv, vilka också är betydelsefulla vid andra kliniska störningar.

OCCWG har kommit fram till att det finns sex *övertygelsesdomäner* (se nedan) som är viktiga för uppkomsten, vidmakthållandet och behandlingen av tvångsproblem. Enligt modellen är det tolkningen av tankens betydelse som leder till tvångstankar. Modellen har utvidgat följderna av tvångshandlingar till att, utöver minskning av obehag, omfatta specifika kognitioner såsom känsla av kontroll (OCCWG, 1997). Människor med tvångsproblem är fullt upptagna av sina kognitioner och hänvisar ofta till tankarna som orsak till problemen (Bates, 2006). Modifikationer av dysfunktionella övertygelser och felaktiga värderingar eller tolkningar av tvång anses idag som en viktig del av KBT-behandling vid OCD (Clark, 2000). Det är viktigt att framhålla att man i kognitiv behandling inte attackerar själva tanken, utan istället söker man en annan inställning till den, ett annat sätt att tolka dess innebörd och mening. Man lägger vikt vid att se hur tanken hindrar ett meningsfullt liv (Bates, 2006).

Övertygelsesdomäner

OCCWG (1997) identifierade således sex huvudsakliga övertygelsesdomäner. En sjunde domän ”sammanblandande av tanke-handling” omnämns indirekt inom andra domäner. De övertygelser och antaganden individen har leder till överensstämmande värderingar och tolkningar. Detta sätt att se på uppkomsten till OCD stämmer överens med synen på OCD som etiologiskt såväl som symtomatiskt heterogent (Taylor et al., 2007). Det vill säga att olika övertygelsesdomäner leder till olika typer av symptom och behandling bör således individanpassas. Nedan följer de sju övertygelsesdomänerna:

Antagande om ansvar. Övervärdering av ansvar kan konceptualiseras på två nivåer. På den första nivån menar Salkovskis (1985) att individer med hög risk att utveckla tvångssyndrom har särskilda övertygelser om ansvar som ligger till grund för en tendens att misstolka sina mentala aktiviteter som indikationer om personligt ansvar. På andra nivån genererar dessa sårbara individer värderingar om ansvar kring sina inkräktanden. När en tanke, bild eller impuls feltolkas som en signal om personligt ansvar associeras inkräktandet med ökat obehag, ångest och depression. Det leder även till att inkräktandet

blir mer åtkomligt och framträdande, ges ökad uppmärksamhet och neutraliserande responser initieras i ett försök att undkomma ansvar (Salkovskis, Thorpe, Wahl, Wroe, & Forrester, 2003). De flesta individer känner mindre skuld när de misslyckas med att förhindra ett negativt utfall än när de aktivt gör något som leder till en skadlig konsekvens. Individer med OCD visar inte denna tendens. De antar ofta att de kan förutse möjliga skadliga utfall. Det leder till en ökad känsla av ansvar och ett ökat behov att agera för att förhindra skada. Att misslyckas att förhindra skada blir då lika moraliskt felaktigt som att aktivt orsaka skada (Clark, 2004). Exempel: ”Jag ser att det ligger en bit glas på vägen intill skolan och tänker att ett barn kan göra sig illa på denna. Eftersom jag vet det är jag ansvarig för att se till att glaset tas bort från vägen” .

Övervärdering av tankars betydelse. En övervärdering av tankarnas betydelse innebär att en inkräktande tanke betraktas som betydelsefull för att den sticker ut i det övriga tankeflödet. Själva faktumet att man har den inkräktande tanken måste således betyda att den är viktig. Själva närvaron av tanken ger den status (OCCWG, 1997). En feltolkning av tankarnas vikt och signifikans kan leda till att individen uppfattar inkräktandet som ett tecken eller indikation på något betydelsefullt om individen själv (Clark, 2000). Det kan antas att det i denna övertygelsesdomän implicit ligger kopplingar till såväl en övervärdering av ansvar som en sammanblandning av tanke-handling (OCCWG, 1997). Exempel: ”Att jag har den här tanken på att slå ner min syster måste betyda att den tanken är mycket viktig.”

Behov av tankekontroll. Clark och Purdon (1993) föreslår att dysfunktionella metakognitiva övertygelser om formen eller innehållet hos de tankar och bilder som pågår i medvetandet är centrala i OCD. De menar att upplevd kontroll över inkräktanden korrelerar med frekvensen av och den emotionella intensiteten hos dessa inkräktanden. Med ett dysfunktionellt antagande om kontroll så anser individen att han eller hon både ska och bör kontrollera oönskade tankar. Inkräktande tankar måste tas bort ur medvetandet och ett misslyckande att göra detta representerar ett allvarligt hot om möjliga negativa konsekvenser (Clark, 2000). Fullständig kontroll över sina tankar ses som såväl möjlig som nödvändig (Taylor et al., 2007). Exempel: ”Det är mycket viktigt att jag trycker undan den här tanken på att skada ett barn för om jag inte kan kontrollera tanken så kan jag tappa kontrollen och faktiskt utföra den hemska handlingen”.

Övervärdering av hot. Individer med OCD tenderar att överskatta såväl sannolikheten som kostnaden för negativa händelser (Salkovskis, 1985). Foa och Kozak (1986) har föreslagit att individer med OCD har problem med epistemologiskt resonemang. Det vill säga att individer med OCD tenderar

att se situationer som farliga tills de bevisas om motsatsen medan de flesta människor antar det motsatta. En övervärdering av hot återfinns inom andra ångeststörningar. Individer med OCD har dock visat sig mer benägna att övervärdera känslan av personlig sårbarhet när det gäller att värdera såväl inre som yttre hot (Sookman, Pinard, & Engelsmann i OCCWG, 1997). En inkräktande tanke ses som mycket hotande och som eventuellt resulterande i mycket oönskade konsekvenser (Clark, 2000). Exempel: ”Nu har jag rört det här dörrhandtaget. Det är smittat med bakterier som nu invaderar min kropp och därför kan jag bli sjuk”.

Perfektionism. När en person har en värdering som handlar om perfektionism så blir det bästa sättet att hantera en tvångstanke att uppnå ett perfekt, fullständigt eller ”exakt rätt” tillstånd (Clark, 2000). Perfektionism innebär en övertygelse om att misstag eller imperfektion inte går att tolerera (Taylor et al., 2007). OCCWG (1997) beskriver perfektionism som ”tendensen att tro att varje problem har en perfekt lösning, att göra saker på ett perfekt sätt (alltså utan misstag) inte bara är möjligt utan också nödvändigt, och att även små misstag kommer få stora och allvarliga konsekvenser” (s.678). Exempel: ”Eftersom det står i kursmålen att jag ska kunna de här sakerna måste jag läsa litteraturen om och om igen tills jag kan allt utantill för att annars känns det inte rätt”.

Intolerans för ovisshet. Individer med OCD har ofta svårt att fatta beslut. De tenderar att vara mer försiktiga, efterfråga mer information och tvivla mer över riktigheten i sina beslut (OCCWG, 1997; Frost & Shows, 1993). Svårigheter att fatta beslut kan härröra från en övertygelse om att behöva vara säker. Denna övertygelsesdomän tros vara kopplad till antagande om ansvar, då en övervärdering av ansvar kan leda till svårigheter att stå ut med ovisshet (OCCWG, 1997). Individen behöver försäkra sig om utfallet eftersom han eller hon känner ett personligt ansvar för detta. Det leder således till en övertygelse om att det är nödvändigt och möjligt att vara helt säker på att negativa utfall inte inträffar (Taylor et al., 2007). Det är oacceptabelt att ha något tvivel eller ovisshet som kan associeras med tvångstanken (Clark, 2000). Exempel: ”Jag kan inte fortsätta som normalt utan att först vara helt säker på att händerna är rena”.

Sammanblandande av tanke-handling. Närvaron av en inkräktande tanke, bild eller impuls leder till att individen gör tolkningen att ju mer han eller hon tänker på något, desto mer troligt är det att detta inträffar. Ett sammanblandande av tankar och handlingar leder också till ett antagande om att det faktum att man har en tanke om en omoralisk händelse är moraliskt sett detsamma som att begå handlingen, vilket i sin tur kan leda till uppfattningen om att omoraliska tankar betyder att man är en

omoralisk person. (Clark, 2000). Exempel: ”Om jag tänker på att mina barn råkar ut för en olycka så ökar det sannolikheten för att det kommer hända” eller ” att tänka på att sticka kniven i en anhörig är lika moraliskt fel som att faktiskt göra det”.

Teorisammanfattning

Forskningen har kommit en bra bit på väg i försöken att formulera en integrerande teori samt dito behandlingsmodell för tvångssyndrom. Från att inte haft en tillfredsställande behandling att tillgå, till genombrottet i mitten av 1960-talet i och med behandlingsmodellen exponering och responsprevention (Clark, 2004) . Många patienter blir hjälpta av den beteendeterapeutiska behandlingen som, tack vare att den är så effektiv, än i dag står kvar som en av grundbultarna i KBT-behandling vid tvångssyndrom. Problematiken med OCD är dock så pass svår att det inte räcker. För trots att ERP hjälper många patienter är det tydligt att en allt för stor del inte klarar av att genomföra behandlingen då den är för utmanande (Bates, 2006). Det är helt enkelt för svårt för många patienter att utmana sina rädslor, och det väcker för mycket ångest att stå emot impulsen att svara på rädslan med någon form av undvikande respons. Likväl så dröjde det inte så lång tid efter genomslaget med ERP tills forskarna fick upp ögonen för fenomenet inkräktanden. Dessa ovälkomna tankar, bilder och impulser som emellanåt stör de allra flesta av oss ställer inte till nämnvärt besvär i den icke-kliniska populationen. Någon märklig, otäck eller på något annat sätt störande tanke, bild eller impuls avbryter vad som just då upptar uppmärksamheten, men som man snabbt kan skaka av sig. För individer med tvångssyndrom, däremot, vållar inkräktanden stora bekymmer (Clark & Rhyno, 2005).

I utforskandet av hur eventuella samband mellan inkräktanden och olika symtom ser ut har föreliggande studie varit behjälpt av det transdiagnostiska perspektivet. Det transdiagnostiska perspektivet innebär att istället för att avgränsa diagnoser med hjälp av kriterier borde man titta på de underliggande processer som är gemensamma för flera olika diagnoser (Harvey et al., 2004). Man har funnit att inkräktanden är ett diagnosöverskridande fenomen som förekommer längst med ett kontinuum. Inkräktanden kan ha olika teman och kan färgas av det tillstånd individen för närvarande befinner sig i. Det är inte ovanligt att man i perioder av till exempel oro också har inkräktanden som präglas av just oro. Det finns inga självklara avgränsningar som kan hjälpa oss förstå exakt när ett inkräktande övergår från att vara ett normaltillstånd till att istället bli mer allvarligt och handla om ett kliniskt tillstånd. Symtom som kan uppträda i samband med inkräktanden är exempelvis oro, depression eller tvångssyndrom (Clark & Rhyno, 2005).

De kognitiva teorierna har sedan upptäckten av inkräktanden fortsatt arbeta hårt med etiologin till tvångssyndrom. Idag förklarar de kognitiva forskarna uppkomst och vidmakthållandet av OCD i termer av dysfunktionella värderingar och övertygelsesdomäner. Behandling är utformad för att minska eller ta bort de maladaptiva värderingarna av inkräktandet (Wittal et al., 2010). Idag är forskare överens om att det finns ett flertal övertygelsesdomäner som är specifika för tvångssyndrom (OCCWG, 1997). Olika forskare lägger dock tyngdpunkten på olika domäner. Att inkräktanden funnits ha så central roll vid tvångssyndrom gör det till ett högst intressant fenomen att fortsätta undersöka i strävan efter effektiva behandlingsmodeller. Vad gäller OCD så finns mycket som talar för genetiska orsaksfaktorer, men det neurobiologiska perspektivet har ännu inte givit en samstämmig syn på ursprunget till OCD (Abramowitz, 2006).

Metod

Studien som helhet var en explorativ studie innehållande såväl en kvalitativ som en kvantitativ del och vars syfte var att studera fenomenet inkräktanden och om dessa har något samband med olika psykiska symtom. Ett kvantitativt enkätanvändande förknippas med post-positivistiska antaganden medan tematisering med Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) är förenligt med antagandet från det konstruktivistiska paradigmet. Vetenskapsteoretiskt utgörs studien således av en kombination av post-positivism och konstruktivism (Ponterotto, 2005).

Med hjälp av frågeformulär syftade studiens författare till att pröva frågeställningar kring inkräktanden. I en explorativ anda avsågs att i föreliggande studie undersöka om det finns något samband mellan inkräktanden och olika typer av psykiska symtom. När individen upplever inkräktanden, påverkar då 1) en övervärdering av ansvar huruvida det finns samband med tvångstankar eller andra typer av psykiska symtom? Eller har 2) en övervärdering av kontroll/betydelse av inkräktande något samband med tvångstankar eller andra psykiska symtom? Vidare undersöktes huruvida 3) frekvensen av, 4) när man senast hade ett inkräktande, 5) den subjektiva upplevelsen av obehag i samband med inkräktanden eller 6) temat i inkräktanden har något samband med vilka typer av psykiska symtom individen upplever?

Procedur

Den kvantitativa delen bestod av resultatet på Interpretation of Intrusions Inventory (III-31) (se bilaga A) och Symptoms Checklist (SCL-90). Den kvalitativa delen bestod av att deltagarna, som en del

av ett av III-31, fick skriva ner två inkräktanden de själva upplevt. Utifrån tillgänglighet valdes de instrument som bäst ansågs fånga de aspekter som avsågs undersökas.

Båda självskattningsformulären hade en inledande instruktion före frågorna. På försättsbladet fick studiedeltagarna fylla i informerat samtycke. Försättsbladet innehöll information om studiens syfte, hur data skulle behandlas, att deltagarna var anonyma samt telefonnummer och e-postadresser till uppsatsförfattarna. Respondenterna fick också möjlighet att delta i utlottning av kaffe eller biobiljetter. Enkäten var inklusive försättsbladen 13 sidor lång och inleddes med frågor rörande demografiska fakta där deltagarna fick ange ålder, kön och högsta påbörjade/avslutade utbildningsnivå. Enkäten tog cirka 20 minuter att fylla i.

Data samlades in under en tidsperiod på tre veckor och genomfördes dels i en medelstor universitetsstad, men även på landsbygden. 100 enkäter delades ut. Fem svar kasserades på grund av att de var ofullständigt eller felaktigt ifyllda och sex enkäter lämnades tillbaka ofyllda. De flesta enkäterna fylldes i under närvaro av försöksledare. Deltagarna uppmanades att fråga om något var oklart. En del bad om förtydligande varpå de fick kortfattade muntliga instruktioner. Ett antal enkäter lämnades ut till deltagare och samlades in vid givet tillfälle.

Deltagare

Urvalet var icke-randomiserat och deltagare tillfrågades utifrån tillgänglighet. Detta innebar att individer rekryterades i uppehållsrum och på caféer vid teknisk, teologisk samt psykologisk institution. Vidare tillfrågades familj, grannar, skolpersonal, fritidspersonal, butiksbiträden och slutligen från en träningsanläggning. Intentionen var att samla ett underlag för studien som inte endast bestod av studenter. Sammanlagt deltog 89 personer i studien. Av dessa var 63 procent kvinnor och 37 procent män. 3 procent rapporterade sin avslutade eller pågående utbildningsnivå som grundskola eller motsvarande, 11 procent som gymnasium eller motsvarande och 75 procent gick eller hade gått högskola eller universitet. Respondenterna fick även fylla i vilken ålderskategori de tillhörde. 23 procent tillhörde kategorin 18-25 år, 30 procent var i kategorin 26-35 år, 33 procent i kategorin 36-45 år, 10 procent i kategorin 46-55 år, 3 procent i kategorin 56-65 år samt 1 procent var över 65 år. All medverkan i studien var frivillig.

Kvalitativ analys

En fenomenologisk ansats låg till grund för den kvalitativa analysen. Den fenomenologiska metoden syftar till att nå kunskap om individens upplevelse av världen. Ett sätt att nå denna kunskap är enligt fenomenologin att som forskare parentessätta sina egna förutfattade meningar, tolkningar och

bedömningar för att därigenom se tingen som de framträder inför oss (Willig, 2001). IPA (interpretative phenomenological analysis) är en version av den fenomenologiska metoden som accepterar omöjligheten i att nå direkt tillgång till forskningsdeltagarnas värld. Som ett resultat av det blir den fenomenologiska analysen alltid en tolkning av deltagarens upplevelse. IPA innehåller fyra steg. I första steget så läses och omläses texten och forskaren skriver fritt ner alla associationer, frågor och kommentarer som väcks. Under andra steget så identifierar och kategoriseras texten i teman. Temat bör säga något om den essentiella kvaliteten som texten representerar. Under steg tre struktureras teman och forskaren funderar över hur de olika temana relaterar till varandra. I fjärde steget sammanställs en tabell med strukturerade teman tillsammans med citat som illustrerar temat (Willig, 2001).

Föreliggande studie utgick från dessa steg för att analysera de rapporterade inkräktandena. Deltagarna i studien uppmanades att skriva ner två inkräktanden som en del i formuläret III-31. Fyra respondenter skrev endast ett inkräktande. Bland de 89 respondenterna samlades således sammanlagt 174 stycken inkräktanden in. Dessa tankar, bilder och impulser skrevs ner separat och de 60 första lästes så förutsättningslöst som möjligt. Associationer kring inkräktandena skrevs ner och gick sedan igenom i syfte att se om det fanns gemensamma teman i materialet. Fem stycken teman kunde urskiljas. Restande inkräktanden sorterades därefter in i de olika kategorierna varpå behovet av fler kategorier upptäcktes och två teman tillkom. Tematiseringen ledde slutligen till att sju teman kunde urskiljas i materialet.

Statistisk analys

När statistiska metoder för analys av materialet valdes ut så var traditionella statistiska metoder, alltså parametriska test, ett genomgående val för alla analyser. En grundläggande förutsättning för att använda parametriska test är att den uppmätta faktorn ska vara normalfördelad. Det har funnits en viss debatt bland statistiker över lämpligheten i att använda dessa metoder eftersom förutsättningarna ofta inte är kända eller uppfyllda (Johansson, 2006). Åsikten bland de flesta forskare inom psykologiämnet är dock att vissa traditionella tekniker ger resultat som är rimligt precisa även när de formella kraven på normalfördelning inte är helt uppfyllda (Aron & Aron, 1999). Parametriska test skiljer sig emellertid åt i känslighet, ANOVA är exempelvis tämligen robust medan regressionsanalys är ganska känsligt för kränkningar mot normalfördelning. Vidare så kräver traditionella test att data representerar en underliggande dimension av jämna intervall på en kontinuerlig skala. Det kan ifrågasättas om de skattningsskalor som används i denna studie (III-31 och SCL-90) kan anses uppfylla detta krav på intervallskala.

Närmare bestämt; är det exempelvis lika stor gradskillnad i skattning mellan poängintervallet i enkäterna? Grimm och Yarnold (1995) menar att även om det kan ifrågasättas om en variabel är graderad med lika intervall så är beteendevetare beredda att anta att de flesta av deras mått är på intervallskala. De statistiska metoderna i föreliggande studie valdes utifrån resonemanget ovan.

Inledningsvis så framställdes deskriptiv statistik och normalfördelning testades i stickprovet. Därefter beräknades mätinstrumentens reliabilitet med Cronbachs Alfa. Samband mellan variablerna i III-31 och SCL-90 undersöktes med Pearsons parametriska test för korrelation. De outliers som fanns i materialet behölls under analysen. För att undersöka om aktuellt tema i inkräktanden hade något samband med den generella graden av psykiska symtom så jämfördes de olika grupperna med varandra i avseendet skillnad i medelvärde på den övergripande skalan generell besvärnivå, GSI. Någon statistisk analys av skillnaden genomfördes inte då förutsättningarna för detta saknades. Instrumentets utformning ledde även till att relationen mellan tema och psykiska symtom ej gick att undersöka. Slutligen användes multipel regressionsanalys för att undersöka hur mycket resultatet på III-31 förklarar variansen hos subskalan tvångstankar i SCL 90. På grund av att regressionsanalys är mer känsligt för normalfördelning så togs outliers bort. All statistisk bearbetning gjordes i PASW Statistics 18.

Material

Symptom Checklist- 90. Symptom Checklist- 90 (SCL-90) är ett av de mest använda symtomskattningsinstrumenten i världen (Fridell, Cesarec, Johansson, & Thorsen, 2002). Formuläret inleds med en instruktion och respondenten ombeds svara på hur mycket han eller hon besvärats av vart och ett av 90 möjliga symtom under den senaste veckan. Skalan mäter således subjektivt upplevda besvär. Svarsalternativen går från ”inte alls” till ”våldigt mycket” och motsvaras av numeriska värden från noll till fyra. Resultatet kategoriseras i nio diagnostiska subskalor samt tre globala skalor. De nio subskalorna är somatisering, tvångstankar, interpersonell känslighet, depression, ångest, aggressivitet, fobisk ångest, paranoida föreställningar och psykotism. De tre globala skalorna är globalt svårighetsindex (GSI), positivt symtomstörningsindex (PSDI) samt totala antalet positiva symtom (PST). SCL-90 är av amerikanskt ursprung men är normerad, standardiserad och validerad för en svensk population (Fridell et al., 2002). Exempel på frågor från SCL-90 är ” Hur mycket har du besvärats av; 1. Huvudvärk, 2. Nervositet eller inre oro, 3. Återkommande tankar, ord eller idéer som Du inte kan göra Dig fri från”. I föreliggande studie så varierade Cronbach's Alpha för de olika subskalorna mellan ,58 (aggressivitet) och ,92 (depression).

Interpretation of Intrusions Inventory 31. Interpretation of Intrusions Inventory (III-31) är ett instrument utvecklat för att mäta tvångsmässiga övertygelser och värderingar av inkräktanden (OCCWG, 2003). I självskattningsformuläret så definieras begreppet inkräktanden och exempel på vanliga teman ges. Respondenten uppmanas sedan att skriva ner två inkräktanden som han eller hon har haft. Därefter får respondenten skatta hur ofta han eller hon har sådana inkräktanden, hur länge sedan dessa dök upp samt hur mycket obehag dessa väcker. Respondenten ombeds sedan ta ställning till hur mycket han eller hon, när inkräktandet uppstod, trodde på de 31 påståenden som listas i formuläret. Svarsalternativen går från ”jag trodde inte alls på detta påstående” till ”jag var fullständigt övertygad om att påståendet var sant”. Svaren ges ett numeriskt värde från 0 till 100. Påståendena utvecklades för att fånga tre faktorer; 1) Övervärdering av ansvar - övertygelsen att man på något sätt är ansvarig för att förhindra konsekvensen av sina inkräktanden, 2) Övervärdering av betydelse - idén om att inkräktandena på något sätt är viktiga helt enkelt för att de existerar samt 3) Övervärdering av kontroll - idén om att man borde och behöver kunna kontrollera dessa ovälkomna inslag (OCCWG, 2003).

Ferguson, Jarry och Jackson (2006) gjorde nya faktoranalyser på instrumentet och kom fram till en tvåfaktormodell bestående av värderingar om: 1) ansvar samt 2) betydelse/kontroll. De fann vidare att endast 19 av de ursprungliga 31 items som skalan bestod av räckte för att få fram dessa två faktorer.

Föreliggande studie använde sig vid insamlande av data av III-31. I ljuset av senare faktoranalyser av III-31 (Ferguson et al., 2006) användes endast 19 items vid dataanalys. Skalan fanns vid studiens början endast tillgänglig på engelska. Godkännande att översätta skalan inhämtades (Steketee, personlig kommunikation, 2010). En initial översättning gjordes, därefter inhämtades kommentarer på denna översättning från Björn Gustavson, legitimerad psykolog, och Jurgen Reeder, psykoanalytiker. En översättning tillbaka till engelska gjordes av Rachel Maddux, doktorand inom psykologi. Den svenska översättningen kommer att kommuniceras tillbaka till Gail Steketee, medlem av OCCWG. Exempel på frågor från III-31 är ”*Jag borde kunna ta bort den här tanken ur mitt huvud*” och ”*Jag är oansvarig om jag inte motstår den här oönskade tanken*” (se bilaga A). Cronbach's Alpha för övervärdering av ansvar var ,90 och för övervärdering av kontroll/betydelse ,87.

Resultat

Tematisering

De 89 deltagarna i studien rapporterade sammanlagt 174 inkräktanden. En tematisering av inkräktandena gjordes och sju teman kunde urskiljas. Tabell 3 redovisar tema, ger en beskrivning av innehållet, ger exempel på inkräktanden inom respektive teman samt redovisar antal inkräktanden inom varje tema. 55 personer skrev inkräktanden som hamnade inom två olika teman, 30 personer skrev två inkräktanden med samma tema och fyra personer skrev endast ett inkräktande. Exempelen är inte citat från studien utan är omarbetade för att upprätthålla konfidentialitet. Avvikelse från detta är ”Att placera hunden i ugnen”, ett direkt citat där tillstånd inhämtats.

Tabell 3

Tema på inkräktande tankar

Tema	N	Beskrivning	Exempel
I Tvivel/kontrollerande	51	Oro och osäkerhet kring praktiska omständigheter.	”Läste jag dörren?”, ”Stängde jag av kaffekokaren?”
II Aggression/skada	42	Inbegriper en intentionell handling som leder till skada. Kan vara riktad mot respondenten eller nära anhörig eller utföras av respondenten.	”Sticka en kniv i en familjemedlem”, ”Att bli nerslagen av en främling”, ”Att placera hunden i ugnen”
III Katastrof/olycka	41	Att obehagliga händelser eller stor olycka ska drabba en själv eller närstående.	”Bara nu inte min man kör ihjäl sig”
IV Socialt/sexuellt opassande	14	Innehåll som upplevs som opassande, pinsamt eller stridande mot ens normer.	”En ovälkommen bild av en familjemedlem som har sex.”, ”Att provocerat säga till någon att han är ful”.
V Ordning/magiskt tänkande	13	Innehåll som rör symmetri, ordning eller magiskt tänkande.	”Jag måste gå med höger fot först in i ett rum, annars händer något hemskt”, ”Jag måste ställa böckerna i särskild ordning”.
VI Smitta/äckel	7	Innehåll som rör smuts, bakterier, smitta eller sjukdom.	”Att jag sticker mig på en nål och får HIV”
VII Paranoia/avslöjande	6	Att någon/några har intentionen att skada en eller att man kommer bli avslöjad eller exponerad på något sätt.	”Undra om de förgiftat kakorna med något?”, ”Tänk om någon är ute efter mig”.

Statistiska resultat

Deskriptiv statistik. I tabell 4 redovisas medelvärden, minimum, maximum och standardavvikelser för de subskalor som ingick i mätinstrumenten. Det sammanslagna medelvärdet för subskalorna i SCL-90, för män och kvinnor i ett normerat underlag, är inkluderat för jämförelse. Ett sådant underlag saknas för III-31.

Tabell 4

Statistisk beskrivning av subskalor i SCL-90 samt III-31 (N = 89) samt sammantaget medelvärde på skalorna i SCL-90, för män och kvinnor i ett normerat material (Fridell et al., 2002).

	Minimum	Maximum	Medel	SD	Norm
Somatisering	0,00	2,75	0,42	0,43	0,42
Tvångstankar	0,00	2,60	0,73	0,57	0,58
Interpersonell känslighet	0,00	2,78	0,56	0,54	0,44
Depression	0,00	3,38	0,77	0,71	0,56
Ångest	0,00	2,20	0,59	0,47	0,45
Aggressivitet	0,00	1,17	0,34	0,32	0,33
Fobisk ångest	0,00	2,14	0,13	0,28	0,13
Paranoida föreställningar	0,00	2,50	0,42	0,56	0,37
Psykotism	0,00	2,20	0,27	0,41	0,19
Generell besvärnivå	0,04	2,40	0,51	0,42	0,41
III-31 Ansvar	0,00	9,00	2,50	2,20	-
III-31 Kontroll/Betydelse	0,00	5,40	0,99	1,31	-

Deskriptiv analys av teman. En analys genomfördes för att se om temat i de rapporterade inkräktandena hade något samband med hur mycket psykiska besvär individen rapporterade. Som grupperingsvariabler användes de teman som framkommit under tematiseringen. Som utfallsmått användes GSI. Deltagarna uppmanades att skriva ner två stycken inkräktanden. 84 av 89 respondenter gjorde detta. En och samma individ kunde således rapportera två inkräktanden inom samma tema eller två inkräktanden som kategoriserades in i olika teman. Storleken på grupperna var ojämn och variansen kunde inte antas vara lika i alla grupper. Alltså uppfylldes inte kriterierna för att göra en variansanalys av medelvärdesskillnaden mellan grupperna. Endast en sammanställning av medelvärde på GSI utifrån de existerande temana gjordes därför (se tabell 5).

Tabell 5

Generell psykisk besvärnivå beskrivet utifrån tematisering av inkräktanden. Medelvärde för samtliga deltagare på GSI =0,51.(Normerat värde = 0,41).

	N	Inkräktande 1	N	Inkräktande 2	Sammantaget medelvärde
Tvivel/kontrollerande	30	0,37	21	0,35	0,36
Aggression/skada	22	0,55	20	0,68	0,61
Katastrof/olycka	20	0,52	21	0,38	0,45
Socialt/sexuellt opassande	7	0,99	7	0,76	0,88
Ordning/magiskt tänkande	6	0,42	7	0,74	0,58
Smita/äckel	2	0,92	5	0,42	0,67
Paranoia/avslöjande	2	0,41	4	0,77	0,59

Korrelationsanalys. För att granska sambanden mellan studiens variabler användes Pearsons korrelationsanalys. Resultatet presenteras i tabell 6 nedan. Av tabellen framgår att det fanns ett flertal signifikanta korrelationer mellan de undersökta variablerna. Såväl negativa som positiva samband uppmättes men endast positiva samband var signifikanta. Samtliga subskalor i SCL-90 korrelerade högt med den övergripande skalan generell besvärnivå och med varandra. Även de två faktorerna i III hade ett samband. Hur länge sedan man upplevde ett inkräktande hade inget signifikant samband med någon typ av psykiska symtom eller dysfunktionella värderingar av sina inkräktanden. Frekvens av inkräktanden hade samband med subskalorna tvångstankar, depression, fobisk ångest, ångest samt en övervärdering av ansvar. Högsta sambanden fanns med subskalorna fobisk ångest ($r = ,309, p <,01$) samt ångest ($r = ,282, p <,01$). Graden av upplevt obehag när individen har ett inkräktande korrelerade signifikant med samtliga andra variabler utom fobisk ångest och aggressivitet. De högsta korrelationerna fanns med övervärdering av ansvar ($r = ,451, p <,01$) och GSI ($r = ,347, p <,01$). Subskalan tvångstankar korrelerade med samtliga andra variabler utom senaste inkräktandet. De högsta sambanden fanns med depression ($r = ,805, p <,01$) och GSI ($r = ,850, p <,01$). En övervärdering av ansvar hade signifikanta samband med samtliga subskalor i SCL-90 utom aggressivitet. De högsta korrelationerna fanns med tvångstankar ($r = ,515, p <,01$) samt GSI ($r = ,489, p <,01$). Övervärdering av kontroll/betydelse hade signifikanta samband med samtliga subskalor i SCL-90. Den högsta korrelationen var med interpersonell känslighet ($r = ,674, p <,01$) och GSI ($r = ,686, p <,01$).

Tabell 6

Korrelationer mellan variablerna i III-31 samt subskalorna i SCL-90.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Senaste inkräftandet, III-31	-	,726**	,225*	,029	,208	,023	,145	,193	-,052	,164	-,010	,054	,122	,121	-,078
2. Frekvens av inkräftanden, III-31		-	,204	,062	,251*	,112	,220*	,282**	,030	,309**	,021	,149	,207	,210*	,109
3. Upplevt obehag, III-31			-	,214*	,308**	,302**	,285**	,328**	,138	,203	,305**	,315**	,347**	,451**	,307**
4. Somatisering				-	,599**	,575**	,634**	,689**	,401**	,463**	,430**	,615**	,743**	,337**	,456**
5. Tvångstankar					-	,658**	,805**	,721**	,553**	,463**	,643**	,638**	,850**	,515**	,634**
6. Interpersonell känslighet						-	,826**	,705**	,650**	,556**	,805**	,769**	,888**	,402**	,674**
7. Depression							-	,842**	,614**	,532**	,709**	,777**	,956**	,454**	,645**
8. Ångest								-	,547**	,520**	,560**	,666**	,874**	,430**	,570**
9. Aggressivitet									-	,142	,610**	,490**	,657**	,147	,384**
10. Fobisk ångest										-	,470**	,502**	,596**	,256*	,503**
11. Paranoida föreställningar											-	,700**	,786**	,453**	,574**
12. Psykotism												-	,842**	,394**	,593**
13. Generell besvärnivå													-	,489**	,686**
14. III-31 Ansvar														-	,597**
15. III-31 Kontroll/Betydelse															-

Notera. *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Multipel regressionsanalys. En regressionsanalys genomfördes för att se i hur stor utsträckning resultatet på subskalan tvångstankar kunde prediceras med hjälp av resultatet på III-31. Antagandet var att dysfunktionella värderingar av sina inkräktanden skulle ha betydelse för graden av skattade tvångssymtom. En övervärdering av ansvar och en övervärdering av kontroll/betydelse användes som prediktorer. Dessa övertygelsesdomäner kan vara etablerade i olika grad hos en individ men enligt den bakomliggande teorin finns ofta en implicit koppling mellan de olika domänerna. Regressionsmodellen var signifikant ($F(2, 80)=19,96, p =,00$). I tabell 7 visas i vilken utsträckning tvångstankar kunde prediceras med hjälp av de två faktorerna i III-31. R^2 för modellen var 33,3 procent (*adj. R²* var 31,6 procent). Kontroll/betydelse predicerade bäst på grund av högst part ,355, och högst beta ,436. Övervärdering av ansvar var inte signifikant i denna modell. Multikolinjaritet förelåg inte då inget toleransvärde understeg 0,1.

Tabell 7

Prediktion av tvångstankar utifrån de predicerande variablerna övervärdering av ansvar samt övervärdering av kontroll/betydelse.

Variabel	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>
Övervärdering av ansvar	,054	,030	,203	,074
Övervärdering av kontroll/betydelse	,187	,048	,436	,000

$R^2=,333; adj. R^2=,316$

Ännu en regressionsanalys utfördes för att undersöka om upplevt obehag vid inkräktanden eller dysfunktionella värderingar hade störst betydelse för graden av skattade tvångssymtom. Regressionsmodellen var signifikant ($F(2, 86)=26,53, p =,00$). I tabell 8 visas i vilken utsträckning tvångstankar kunde prediceras med hjälp av obehag och total poäng på III. R^2 för modellen var 38,2 procent (*adj. R²* var 36,7 procent). Den totala poängen på III, alltså den sammantagna skattningen av dysfunktionella värderingar predicerade tvångstankar bäst, upplevt obehag var inte signifikant. Multikolinjaritet förelåg inte då inget toleransvärde understeg 0,1.

Tabell 8

Prediktion av tvångstankar utifrån de predicerande variablerna total poäng på III samt upplevt obehag vid inkräktanden.

Variabel	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>
Total poäng på III-31	,209	,033	,600	,000
Upplevt obehag	,022	,054	,038	,690

$R^2=,382$; *adj. R*² $=,367$

Diskussion

Föreliggande studie ämnade undersöka om det finns något samband mellan inkräktanden och olika typer av psykiska symtom. Har 1) en övervärdering av ansvar för inkräktandet samband med tvångstankar eller andra typer av psykiska symtom? Eller har 2) en övervärdering av kontroll/betydelse av inkräktande något samband med tvångstankar eller andra psykiska symtom? Studien syftade även till att undersöka om 3) frekvensen av inkräktanden 4) när man senast upplevde ett inkräktande 5) den subjektiva upplevelsen av obehag i samband med inkräktanden eller 6) temat i inkräktanden har något samband med vilka typer av psykiska symtom individen upplever?

Resultatdiskussion

Samband mellan inkräktanden, övertygelsesdomäner och psykiska symtom. Studiens övergripande syfte var att på ett explorativt sätt utforska eventuella samband mellan hur man värderar sitt inkräktande och symtom. Vidare avsågs transdiagnostiska processer efterforskas. Studien visar att hur man värderar sitt inkräktande har samband med olika typer av symtom. Eftersom det inte bara finns samband med tvångstankar tycks inkräktanden vara en transdiagnostisk process. Ett problem är likväl att SCL-90 inte differentierar så bra mellan subskalorna, varför resultaten bör tolkas med försiktighet.

Studien syftade till att undersöka sambandet mellan en *övervärdering av ansvar* och symtom. Korrelationsanalysen visar att en övervärdering av ansvar har signifikanta samband med samtliga subskalor i SCL-90 utom aggressivitet. Detta tyder antingen på att denna övertygelsesdomän är mer transdiagnostisk än vad som kunde förväntas utifrån genomgången teori, eller så är det en fråga om att olika typer av besvär generellt tenderar att samvariera med varandra. I enlighet med tidigare forskning så återfinns det starkaste sambandet mellan denna övertygelsesdomän och subskalan tvångstankar (Salkovskis et al., 2003). Det är dock något förvånande att detta samband inte är starkare. Det kan bero

på att det inte är som man tidigare trott, men sannolikt beror det på att SCL-90 inte differentierar tillräckligt bra mellan olika diagnosgrupper. Det kan även bero på att det i en icke-klinisk population inte finns lika starka relationer mellan ett dysfunktionellt antagande om ansvar och tvångssymtom som en klinisk grupp skulle uppvisa. Det näst högsta sambandet återfinns mellan övervärdering av ansvar och generell besvärnivå. Det tycks således som att en dylik övertygelsesdomän är belastande, för individen, på flera områden än just de som är tvångsmässiga. Det antagandet om ansvar som här har undersökts är en övertygelse om att individen har ett ansvar för sina egna tankar och, mer specifikt, ett ansvar att förhindra att en skadlig konsekvens uppkommer som följd av dessa tankar (Salkovskis, 1985). Det handlar således inte om att ett generellt ansvarstagande är belastande för individen. Personer med en övertygelsesdomän som rör ansvar kan förmodligen inte sägas vara mer, eller mindre, ansvarstagande på områden som gäller arbete, familj och andra åtaganden. Trots detta så tycks det alltså som att om man känner ett ansvar att förhindra att negativa konsekvenser uppstår till följd av de inkräktanden man upplever så kan det leda till flera typer av symtom än bara tvång.

Övervärdering av kontroll/betydelse har signifikanta samband med samtliga subskalor i SCL-90 vilket pekar på att även denna övertygelsesdomän tycks vara transdiagnostisk. Att känna att ens inkräktanden bör och kan kontrolleras, samt att de är viktiga just för att de finns, har således samband med flera typer av psykiska symtom. Vilket även korrelationen till generell besvärnivå pekar på. Sambandet mellan denna sammanslagna övertygelsesdomän och subskalan tvångstankar är som förväntat relativt hög men sambandet är dock starkare med interpersonell känslighet. Denna övertygelsesdomän handlar om att inkräktandena har en personlig betydelse, att de säger något om en själv som individ (Clark, 2000).

Interpersonell känslighet innebär att individen är vaksam på egna och på andras inre och yttre förändringar. Denna ständigt förhöjda uppmärksamhet på sig själv och andra kanske leder till ett antagande om att inkräktanden genom sin blotta existens har stor betydelse. Om detta är fallet är det lätt att föreställa sig att individen önskar kontrollera inkräktandena på något sätt. Sambandet kan även indikera att individer som är benägna att tolka sina egna inkräktanden som tecken på att de är dåliga människor utvecklar en interpersonell känslighet. Kanske i ett försök att uttyda om deras egna föreställningar också bekräftas av andra.

En analys genomfördes för att undersöka vilken av övertygelsesdomänerna som spelade störst roll för variationen i subskalan tvångstankar. En analys som undersökte den totala poängen på III-31 samt upplevt obehag vid inkräktanden utfördes också. Det visade sig, mot förväntan, att övervärdering av kontroll/betydelse är en bättre prediktor än övervärdering av ansvar. Det visade sig även att ett

sammantaget resultat på III-31, alltså total poäng på skattning av dysfunktionella övertygelser, ännu bättre förklarar variansen beträffande hur mycket tvångstankar individen upplevde. Upplevt obehag är inte signifikant i det här sammanhanget. Detta tycks tyda på att en övervärdering av kontroll/betydelse spelar större roll för uppvisande av tvångssymtom men att de två övertygelsesdomänerna kan interagera och då stå för en större del av variansen. Att uppleva obehag vid inkräktande tycks inte tyda på att individen utvecklar just tvångsmässiga symtom, det kan lika gärna leda till ångest, depression eller andra typer av symtom. Att subskalan *tvångstankar* korrelerar med övriga subskalor på SCL-90 förklaras sannolikt av den höga interkorrelationen. Korrelationen till depression är stark. Detta förklaras möjligtvis med att ångeststörningar och depression tenderar att samexistera. Clark & Rhyno (2005) menar att inkräktanden ökar vid depression och tycks kunna sätta igång en episod av depressiv ruminering. Orsaken kan även vara att psykiatriska diagnoser samexisterar för att de delar gemensamma processer (Harvey et al., 2004).

Frekvens av inkräktanden korrelerar signifikant med fyra av subskalorna på SCL-90 samt med övervärdering av ansvar. Alla samband är dock svaga eller på sin höjd knappt medel. Högsta sambanden finns med subskalorna fobisk ångest samt ångest. Clark & Rhyno (2005) menar att kortvariga perioder av oro tycks leda till högre frekvens av negativa inkräktanden. Man kan tänka sig att om man värderar sitt ansvar för inkräktandet som stort så leder detta till ångest, vilket i sig ökar frekvens.

Det finns inga signifikanta samband mellan *senast upplevda inkräktande* och några typer av psykiska symtom eller dysfunktionella värderingar av inkräktanden.

Vilken grad av obehag inkräktandet väcker korrelerar signifikant med samtliga andra variabler *utom* fobisk ångest och aggressivitet. Den högsta korrelationen finns med övervärdering av ansvar vilket tyder på att en värdering i denna domän gör att inkräktanden upplevs mer obehagliga. För att hantera obehaget förknippat med inkräktandet kanske vissa individer skapar ett antagande om ansvar. Att obehag inte korrelerar med fobisk ångest kan tyda på att dessa individer har utvecklat en kognitiv strategi för att hantera det obehag inkräktandet väcker. Om den strategi som fobi utgör inte fungerar kan man tänka sig att det i nästa steg krävs tvångshandlingar för att stävja obehaget. Aggressiva individer upplever troligtvis inte asociala tankar som avvikande vilket kanske förklarar att här inte finns någon korrelation med upplevt obehag.

Tema i inkräktanden. Enligt normeringen av SCL-90 rapporterar kvinnor ett högre värde än män på samtliga subskalor. Detsamma gäller unga individer. Rapporterad psykisk besvärnivå korrelerar negativt med ålder (Fridell et al., 2002). I det standardiserade underlaget är alla värden uppdelade efter

kön eller ålder. För att få ett jämförbart värde slogs därför män och kvinnors sammanlagda medelvärden på SCL-90 ihop. Resultaten i föreliggande studie matchar relativt väl en normalpopulation men är genomgående något högre på de flesta subskalor. Detta kan förklaras av att stickprovet i högre utsträckning än normalpopulationen utgjordes av kvinnor samt unga deltagare. Analys av samband mellan temat i de rapporterade inkräktandena och medelvärde på generell besvärnivå visar att föreliggande studies minst problematiska tema är tvivel/kontroll och det mest problematiska temat socialt/sexuellt opassande.

Flest studiedeltagare nedtecknade ett inkräktande av temat *tvivel/kontrollerande*. I de allra flesta fall handlar det om tvivel kring göromål som att stänga av elektriska apparater eller att låsa dörren efter sig, vilket man kan tänka sig inte upplevs som särskilt utelämnande att skriva ner. Enligt Bates (2006) kretsar ett av de vanligaste tvångsproblemen kring osäkerhet och kontrollritualer och Rachman och da Silvas studie från 1978 visar att inkräktanden till innehåll är mycket lika i icke-kliniska såväl som klinisk population. Det som skiljer inkräktanden och tvångstankar åt är inte innehåll utan hur man värderar och tolkar tanken (OCCWG, 1997). I föreliggande studie har deltagarna inom detta tema lågt på GSI, vilket tyder på att detta är ett oproblematiskt tema i en icke-klinisk population. Hade frågeformuläret distribuerats i en klinisk population hade sannolikt värdet på GSI varit högre.

Temat *aggression/skada* är det näst vanligaste temat i denna studie och innefattar både att utsätta, såväl som att utsättas för, intentionellt våld. Medelvärde på GSI ligger i detta tema lite högre än snittet. Möjligtvis beror detta på att tankar med våldsamt innehåll är obehagliga att ha då våld i de flesta fall är socialt oaccepterat. Att temat är vanligt förekommande i en icke-klinisk population kan tyda på att dessa inkräktanden är ett ofarligt sätt att ventilera den aggression som finns inom de flesta. Eller så är personerna som angett dem mindre hämmade och i mindre behov av social önskvärdhet än de flesta andra. Inkräktanden som handlar om att de själva eller närstående blir utsatta för våld kan möjligtvis förklaras med ett medfött behov av att skydda sig själv och sina nära från våld och skada.

Det tema som handlar om *katastrof/olycka* är lätt att relatera till eftersom de allra flesta värnar om sin och sina näras hälsa och säkerhet. Kortvariga perioder av oro tycks leda till ökade negativa inkräktanden vilket antyder att ett starkt funktionellt samband existerar mellan de två typerna av kognitiva processer (Clark & Rhyno, 2005).

Det mest problematiska temat tycks vara *socialt/sexuellt opassande* eftersom det har högst medelvärde på GSI. Det är också ganska få som skrivit ner inkräktanden av detta slag. Kanske upplevs det som laddat och utelämnande att skriva ner inkräktanden som strider mot gängse sociala normer eller handlar om tabubelagda sexuella avvikelser. Förhållandevis många av inkräktandena i detta tema är

nedtecknade ordagrant från enkätens exempel vilket också talar för att det är obekvämt att skriva ner ”egna inkräktanden” med detta innehåll.

Temat *ordning/magiskt tänkande* är liksom det förra temat en liten grupp i denna studie. Ändå känner säkert de flesta igen irrationella tankemönster såsom att inte lägga nycklarna på bordet, inte gå på A-brunnar eller under stegar. Man kan tänka sig att anledningen att få återfinns inom denna kategori beror på att denna typ av magiskt tänkande i en normalpopulation i högsta grad är kontextbundet. Exempelvis kommer förmodligen tankar om A-brunnar uppkomma just när man ser en sådan, snarare än när man befinner sig i ett helt annat sammanhang.

Smitta/äckel är det näst minst rapporterade temat. Undringar och tankar som har med smitta eller sjukdom att göra torde vara lättåtkomligt för de flesta, och enligt Bates (2006) är renlighet och tvättritualer ett av de vanligare tvångsproblemen. Ändå har få av denna sort rapporterats i studien. Inkräktanden som handlar om att genomföra en handling som väcker äckel kan tänkas vara av egodyston art och därmed upplevas som utelämnande att rapportera. Temat har näst högst medelvärde på generell besvärnivå.

Det minst rapporterade temat är *paranoia/avslöjande*. Man kan föreställa sig att de flesta i den icke-kliniska populationen känner till att det är irrationella tankar, men att det just därför känns obehagligt att skriva ner inkräktanden av paranoid art. Temat hade över snittet på GSI.

Metoddiskussion

Validitet. Studiens främsta problem är sannolikt just det som står i fokus för undersökningen; inkräktanden som begrepp och fenomen. Det kan ifrågasättas om alla respondenter förstod vilken typ av kognitiv process som de skulle skriva ner. Inkräktanden som fenomen är tankar, bilder och impulser som individer i en normalpopulation förmodligen inte funderar så mycket över. III-31 är således ett instrument som kräver relativt mycket av respondenten, både när det gäller metarefleksion och medvetenhet om sina kognitioner. Det kan även vara känsligt att skriva ner inkräktanden, trots anonymitet, eftersom dessa är egodystona till sin natur. Ett inkräktande som strider mot individens uppfattning om sig själv kan kännas svår att dela med sig av. Har man dessutom en tendens till tvångssymtom så kan det vara mycket obehagligt att explicit formulera sina tankar och skriva ner dessa. Ett sådant förfarande kan hos individer med dysfunktionella värderingar väcka ångest och en vilja att neutralisera inkräktandet (Taylor et al., 2007). Många inkräktanden i studien är ganska diffust formulerade och följer de exempel som ges i början av III-31. Ovanstående resonemang postulerar möjliga anledningar till detta. Begreppet i sig är

väl definierat i inledningen av självskattningsenkäten och stämmer överens med definitionen som utgåtts ifrån i studien. I inledningen ges instruktioner om såväl vad inkräktanden har för karaktär och innehåll som vilka processer i studien som inte avses. Detta, sammanslaget med muntliga instruktioner, gör att begreppsvaliditeten ändå kan anses tillräckligt god.

Inre validitet innebär att kunna dra säkra slutsatser om kausala relationer. Trots att statistiska metoder som syftar till att mäta kausalitet, som regression, har använts så är studien främst att betrakta som explorativ med begränsade möjligheter till analys av kausalitet. I regressionsanalyserna valdes prediktorer utifrån tidigare teori men eftersom ingen manipulation utfördes så är det svårt att fastställa tidsordningen och andra sammanblandande variabler kan spela in. Urvalet i studien är inte randomiserat, deltagarna valdes utifrån tillgänglighet och med intentionen att samla ett underlag som inte endast bestod av studenter. Detta innebär att det naturligtvis kan finnas en selektionsbias, där deltagarna kan ha någon gemensam egenskap som samvarierar med vissa variabler i studien, vilket i sin tur hotar den inre validiteten. Eftersom respondenterna inte själva sökt sig till studien, förhindras i viss mån att en speciell typ av deltagare deltar. Vid statistisk analys, av för studien viktiga variabler, så matchar deltagarna i föreliggande studie en normalpopulation. Exempelvis så stämmer populationens medelvärde på generell besvärnivå relativt väl överens med ett normerat underlag.

Metodval. III-31 är ett instrument som inte är vare sig översatt, validerat eller normerat efter svenska förhållanden. En översättning av ett formulär kan innebära att viktiga aspekter och nyanser i språket går förlorade. Därför riskerar man att förlora det som ursprungligen efterfrågades i originaltexten. För att förhindra detta genomfördes en noggrann översättning och synpunkter på denna inhämtades från ett flertal välrenommerade källor. SCL-90 är validerat, standardiserat och normerat i Sverige (Fridell et al., 2002) och är ett väl etablerat instrument. Svagheten i SCL-90 är dock att de olika subskalorna tenderar att korrelera högt med varandra och differentieringen mellan symtom är inte så god som vore önskvärt utifrån denna studies syfte. Det finns tyvärr få instrument som fångar symtom över ett brett spektrum och SCL-90 valdes med intentionen att undersöka symtom ur ett transdiagnostiskt perspektiv, inom ramen för denna studies omfång.

Självskattningsformulär kan kritiseras för att inte kunna fånga en objektiv sanning. Man kan inte vara helt säker på att respondenterna skattar sanningsenligt och svaren kan vara färgade av vad som är socialt accepterat och önskvärt. Studiens författare anser dock att självskattningsenkäter är ett lämpligt instrument för studiens syfte. Metoden möjliggör anonymitet och insamlande av en större mängd data.

Någon form av subjektivitet är ofrånkomlig i alla metoder. Det som kan vara problematiskt med denna typ av anonyma enkäter är det etiska dilemma som kan uppstå när svar visar kliniska tecken på exempelvis depression och det inte finns någon möjlighet till uppföljning, eller om enkäten i sig väcker obehagliga känslor som sedan inte får bearbetas. För att motverka detta dilemma gavs möjlighet till informerat samtycke. Studieförfattarnas namn och kontaktuppgifter lämnades ut ifall frågor eller undringar väcktes i samband med deltagandet i studien.

Den kvalitativa analysen är även den präglad av författarnas subjektiva tolkning. Intentionen var att åsidosätta förutfattade meningar när de kvalitativa resultaten skulle tematiseras. Det är dock ofrånkomligt att författarnas tolkningar präglades av den litteratur de läst i ämnet och att tematiseringen färgades av detta. Detta bedöms inte vara något stort problem i denna studie. En möjlig begränsning i studien är att vissa teman rymmer både hot riktad mot individen och från individen (t.ex. aggression/skada) och att andra teman innehåller ämnen som vid närmare granskning är relativt långt ifrån varandra (t.ex. socialt/sexuellt opassande). Detta tillsammans med att individen uppmanades att skriva två inkräktanden har lett till en svårighet vid såväl statistisk analys som tolkandet av resultatet. En och samma individ kunde rapportera två olika teman vilket ledde till att varje tema inte kunde bearbetas som en oberoende variabel. Det finns heller inte någon möjlighet att bedöma om rapporterat tema är det mest centralt förekommande i individens inkräktanden.

Urval. Bortfallet består av sammanlagt elva personer. Sex personer föll bort för att de inte fyllde i frågeformuläret över huvudtaget. Dessa personer kan ha haft svårt att få tillgång till sina inkräktanden, funnit enkäterna för svåra att fylla i eller på annat sätt funnit frågorna obehagliga. Det kan således röra sig om ett systematiskt bortfall men bortfallet utgör endast en liten del av urvalet och detta torde därför inte påverka resultatet. Fem valdes bort utifrån ofullständiga svar. Urvalet kan inte anses vara helt representativt för normalbefolkningen då det är en ojämn fördelning på kön, ålder och framförallt utbildningsnivå. Stickprovet är dock förhållandevis stort, 89 individer, vilket gör att det finns en god sannolikhet att upptäcka relationer mellan variabler som finns i normalpopulationen. Tidigare forskning föreslår att relationer i en normalpopulation även kan ligga till grund för generalisering till en klinisk population. Föreliggande studie har inga sådana anspråk utan utgår ifrån att resultatet endast säger något om den population som undersökts.

Sammanfattande slutsatser

1. När individen upplever inkräktanden så har en *överbvärdering av ansvar* högst samband med subskalan tvångstankar. Överbvärdering av ansvar har samband med samtliga subskalor i SCL-90 utom aggressivitet. Detta kan tyda på att denna övertygelsesdomän antingen är mindre kopplad till just tvångsproblematisering än vad som kunde förväntas utifrån genomgången teori. Eller så är det en fråga om att olika typer av besvär generellt tenderar att samvariera med varandra.

2. När individen upplever inkräktanden har en *överbvärdering av kontroll/betydelse* signifikanta samband med tvångstankar men sambandet är dock starkare med interpersonell känslighet. En vaksamhet på sig själv och andra tycks således interagera med ett antagande om att tankar är betydelsefulla och bör kontrolleras. En överbvärdering av kontroll/betydelse har signifikanta samband med samtliga subskalor i SCL-90 vilket pekar på att även denna övertygelsesdomän är transdiagnostisk. Överbvärdering av kontroll/betydelse är en bättre prediktor för tvångstankar än vad överbvärdering av ansvar är. Resultatet tyder även på att den sammanlagda poängen på III-31 ännu bättre förklarar variansen i hur mycket tvångstankar individen upplever än någon av de enskilda övertygelsesdomänerna gör separat.

3. *Frekvensen* av inkräktanden har signifikanta samband med tvångstankar, depression, ångest och fobisk ångest på SCL-90. Detta stämmer överens med teorier vilka menar att tillstånd av oro, depression och tvång ökar frekvensen av inkräktanden.

4. När man senast hade ett inkräktande har inget signifikant samband med olika typer av psykiska symtom.

5. Den subjektiva *upplevelsen av obehag* i samband med inkräktanden har signifikanta samband med alla variabler utom fobisk ångest och aggressivitet. Högst samband finns med ansvarsdomänen. Om man har en dysfunktionell värdering i denna domän upplevs inkräktanden som mer obehagliga. Föreliggande studie har inte visat på signifikans vid upplevt obehag som prediktor för tvångstankar, vilket skulle kunna bero på ett för litet underlag. Det skulle också kunna bero på att upplevt obehag inte har betydelser för utveckling av just tvångstankar.

6. På grund av tidigare nämnda svagheter i instrumenten kunde samband mellan *temat i inkräktanden* och olika typer av psykiska symtom inte undersökas. Däremot visar undersökningen att det vanligaste temat i föreliggande studie är tvivel/kontroll. Detta tema är också det minst besvärande när man ser till medelvärde av generell besvärnivå hos individer som nedtecknat inkräktande med temat tvivel/kontroll. Det mest besvärliga temat när man ser till medelvärde på generell besvärnivå är

socialt/sexuellt opassande tema. Temat paranoia/avslöjande är det minst förekommande temat tillsammans med smitta/äckel.

Avslutande reflektioner och rekommendationer

Enligt teorin kring inkräktanden så präglas innehållet i dessa av individens livssituation och temat kan ha betydelse för hur inkräktanden tolkas och hanteras. Ett syfte i denna studie var att undersöka kopplingen mellan tema i inkräktanden och olika typer av psykiska symtom. Valet av instrument innebar att en sådan analys inte kunde genomföras. Frågorna kvarstår. Är det så att tema i inkräktanden stämmer överens med de symtom man utvecklar? Leder aggressiva inkräktanden också till aggressiva symtom? Är inkräktanden enbart påverkade av kontext eller kan en individ oberoende av sammanhang ha samma centrala tema genom livet? Frågeställningen är intressant att undersöka vidare.

I studien valdes III-31 som instrument för att undersöka inkräktanden och hur man tolkar dessa. Deltagarna uppmanades skriva ner två inkräktanden de haft. Ett förslag till förbättring av instrumentet är att deltagaren uppmanas skriva ner endast ett inkräktande, företrädesvis något som de upplever som centralt och återkommande. Detta skulle möjliggöra att statistiskt analysera om tema i inkräktande är något som påverkar de symtom individen upplever. Att skriva ner det inkräktande som individen känner är mest laddat kan naturligtvis vara utelämnande men skulle göra att värderingen av densamma aktualiseras och ställs på sin spets. Man kan även tänka sig att deltagarna får läsa och tänka sig in i ett antal vinjetter där olika typer av inkräktande tankar, bilder och impulser presenteras, och att de sedan får skatta emotionell respons, vilja att neutralisera och sätt att värdera inkräktandena. En sådan undersökning skulle kunna ge svar på om olika typer av innehåll och kontext systematiskt påverkar respons. En del deltagare i föreliggande studie rapporterade att de upplevde III-31 som svårt att förstå. För att utvärdera instrumentet på ett mer systematiskt sätt kan ett antal feedbackfrågor ställas i anslutning till skattningen. Deltagarna kan rapportera om hur det kändes att fylla i formuläret, om någon fråga kändes svår, om det kändes utelämnande, om språket var begripligt osv. Ett sådant förfarande skulle ge verktyg för att förbättra instrumentet.

Sex stycken deltagare valde att inte fylla i formuläret. Det kan ha berott på att de fann det svårt att hitta något inkräktande, att det kändes obehagligt att rapportera om sina inkräktanden, att de tyckte det var svårt att tänka runt sina egna tankar osv. Det hade varit värdefullt att undersöka orsakerna till bortfallet mer noggrant. Är det så att vissa individer inte upplever sig ha några inkräktande tankar, bilder och impulser? Är det i så fall något som karakteriserar dessa individer? Saknar en del dessa ovälkomna

tankar eller uppfattas de hos vissa individer som en del av det ”normala” kognitiva flödet? Man kan spekulera i att om en individ har ett antisocialt handlingsmönster, är mycket impulsstyrd, har svårare att integrera den rådande sociala normen osv. kanske han eller hon inte uppfattar inkräktanden som något avvikande eller ovälkommet. En annan spekulation är att individer med olika typer av kognitiv påverkan tolkar och hanterar inkräktanden på andra sätt än deltagarna i föreliggande studie har rapporterat. Ur ett transdiagnostiskt perspektiv skulle det vara värdefullt att undersöka om underliggande processer som exempelvis minne, mentalisering och uppmärksamhet är något som påverkar hur en individ hanterar och tolkar inkräktanden. Om man kan nå en bredare förståelse om vilka kognitiva fenomen som interagerar och påverkar varandra så att individen upplever ett lidande av inkräktande tankar så kan man utforma en effektivare behandling för detta.

Studien har en transdiagnostisk ansats och vidare forskning på detta område torde vara av största vikt. För att särskilja inom vilka diagnoser inkräktanden hör hemma behöver man bland annat se till tankeinhåll, värderingsmönster och funktionella responser. Flera svårbehandlade tillstånd, exempelvis kronisk oro, schizofreni, posttraumatisk stressyndrom och depression karaktäriseras av oönskade och obehagliga tankar som leder till problem för individen. Det är enligt kognitionsforskare en dysfunktionell värdering och tolkning av tankar som har central betydelse för utvecklandet och vidmakthållandet av psykopatologi (Purdon, 2005). Ett synsätt på psykologiska svårigheter som liggande längs ett kontinuum, samt att olika diagnoser i själva verket har gemensamma dysfunktionella processer, skulle vara värdefullt i behandling av olika eller komorbida tillstånd eftersom det förmodligen leder till en mer realistisk bild av psykologiska problem. I ljuset av detta har de diagnostiska system som används idag ett antal brister.

Det finns behandlingsmetoder och synsätt som inte berörts inom ramen för denna studie men som kan vara värdefulla att utforska. Tvångssyndrom är ett heterogent tillstånd och mycket återstår att ta reda på kring uppkomsten och vidmakthållandet av symtom som ingår i denna diagnos. Har olika tvångsmässiga symtom verkligen samma grund och vidmakthållande? OCD kan ha en mycket stor inverkan på individens psykosociala funktionsnivå och det skulle vara intressant att utforma en behandlingsstudie som jämförde olika psykoterapeutiska behandlingar för denna problematik. När man behandlar en individ så är det alltid mycket viktigt att individens specifika situation utforskas och att behandling utformas utefter vad som är relevant för just den personen. För vissa individer fungerar exponering och responsprevention mycket bra. En mer ingående förståelse av de kognitiva aspekterna av OCD och för fenomenet inkräktanden kan utgöra en bättre grund för behandling av individer som inte

hjälp tillräckligt, eller över huvud taget, av ERP. Behandling som utvecklats ur den kognitiva teorin är utformad för att minska eller eliminera de maladaptiva övertygelserna och värderingarna av inkräftandet. Det skulle därför för det första vara intressant att utforska om och hur vissa tekniker fungerar för att modifiera övertygelser och sätt att värdera olika inkräftanden. Effekten av flera tekniker från den ”tredje vågen” av kognitiv terapi skulle vara intressanta att undersöka vid behandling av dysfunktionella inkräftanden. Kognitiv decentrering, acceptans via mindfulness samt SOAS (stanna upp, observera, acceptera, släpp) är tekniker som samtliga syftar till att lära patienten förhålla sig till tankarna på ett nytt sätt. Häri ligger alltså lösningen inte i att hitta strategier för att hantera sina inkräftanden, utan i lärdomen att inkräftanden uppstår och försvinner av sig själv om man lämnar dem ifred utan att varken agera eller reagera på dem.

För det andra så visade föreliggande studie signifikanta samband mellan inkräftanden och flera olika symtom. Detta indikerar användbarhet och nytta av en gemensam manual för behandling av dysfunktionella övertygelsesdomäner av inkräftanden. Samtidigt skulle en formulering av individspecifika profiler som ligger till grund för individualiserade kombinationer av behandlingsmodeller vara intressant att utforma. En större kunskap om vilka behandlingar som är mest behjälpliga vid olika dysfunktionella processer skulle innebära att insatser kan riktas mot någon specifik modell eller kombinationer av sådana.

För det tredje kan vidare forskning beskriva vilka kognitiva- och beteendemodeller som är mest effektiva för olika typer av tvångsproblem. Kanske kan man inleda en behandling med kognitiva tekniker för att modifiera dysfunktionella övertygelser och värderingar. Detta för att hjälpa de patienter som inledningsvis finner ERP för svårt att klara av. Det skulle vara intressant att genomföra en studie som jämför 1) renodlade kognitiva behandlingar där målet är att modifiera eller avlägsna dysfunktionella värderingar och övertygelser, kontra 2) renodlade ERP-behandlingar som ju inriktar sig direkt på beteendet och slutligen 3) en kombination av de båda behandlingarna.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and Treating Obsessive-Compulsive Disorder*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aron, A., & Aron, E. N. (1999). *Statistics for psychology* (2nd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Bates, S. (2006). Tvångssyndrom. I Öst, L-G., (Red.), *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (ss.109-126). Stockholm: Natur och Kultur.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 1, 5-37.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 26-51). New York: Guilford Press.
- Clark, D.A. (2000). Cognitive behavior therapy for obsessions and compulsions: new applications and emerging trends. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30, 129-147.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.

- Clark, D. A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: Development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 655-669.
- Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in non-clinical individuals: implications for clinical disorder. In Clark, D. A (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research, and treatment*. (pp. 1-29). New York London The Guilford Press.
- Ferguson, R. I, Jarry, J. L., & Jackson, D. L. (2006). New factor structure of the interpretation of intrusions inventory with university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *28*, 223- 232.
- First, M. (2002). The DSM series and experience with DSM-IV. *Psychopathology*, *35*, 67-71.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20-35.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Thorsen, S. M. (2002). SCL-90, svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS.
- Frost, R. O., & Shows, D. L. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 683-692.
- Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In Grimm, L.G., & Yarnold, P. R. (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Horowitz, M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: A summary. *Archives of General Psychiatry*, *32*, 1457-1463.
- Ingram, R. E., Atkinson, J. H., Slater, M. A., Saccuzzo, D. P., & Garfin, S. R. (1990). Negative and positive cognition in depressed and nondepressed chronic-pain patients. *Health Psychology*, *9*, 300-314.

- James, W. (1950). *The principles of psychology* (Vol. 2). New York: Dover Publications, Inc. (Original work published 1890).
- Johansson, H. (2006). *Therapeutic alliance in general psychiatric care*. Doctoral dissertation. Department for Psychology, Lund University.
- Julien, D., O'Connor, P. K., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review, 27*, 366-383.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Klinger, E. (1996). The contents of thoughts: Interference as the downside of adaptive normal mechanisms in thought flow. In I. G. Sarason, G.R. Pierce, & B.R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods and findings* (pp. 3-23). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Maser, J. D., Norman, S. B., Zisook, D., Everall, I. P., Stein, M. B., Schlettler, P. J., & Judd, L. L. (2009). Psychiatric nosology is ready for a paradigm shift in DSM-V. *Clinical Psychology: Science and Practice, 24*-40.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations incases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy, 4*, 273-280.
- McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 333-348.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569.
- Ottosson, J-O. (2004). *Psykiatri* (6 uppl.). Stockholm: Liber.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research Therapy, 35*, 667-681.

- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Purdon, C. (2005). Unwanted Intrusive Thoughts: Present Status and Future Directions. In Clark, D. A (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. (pp. 226-243). New York: The Guilford Press.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of counseling psychology*, 52, 126.
- Rachman, S. (1981). Part I: Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M., Thorpe, S. J., Wahl, K., Wroe, A. L., & Forrester, E. (2003). Neutralizing increases discomfort associated with obsessional thoughts: An experimental study with obsessional patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 709-715.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R., & Sarason, B. R. (1996). Domains of cognitive interference. In I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods and findings* (pp. 139-152). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2007). Cognitive-behavioral models of obsessive-compulsive disorder. In Antony, M. M., Purdon, C., & Summerfeldt, L. J. (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: fundamentals and beyond* (pp. 9-29). Washington DC: American Psychological Association.

- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioural therapy on panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behaviour Therapy, 33*, 493-509.
- Wilhelm, S., & Steketee, G. (2006). *Cognitive therapy for OCD*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Maidenhead: Open University Press.
- Wittal, M. L., Woody, S. R., McLean, P. D., Rachman, S. J., & Robichaud, M. (2010). Treatment of obsessions: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 295-303.
- World Health Organization. (2007). *The international classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic research criteria (10th rev.)*. Geneva: Author.
- Yee, P. L., & Vaughan, J. (1996). Integrating cognitive, personality, and social approaches to cognitive interference and distractibility. In I. G. Sarason, G.R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods and findings* (pp. 77-97). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bilaga A.

Interpretation of Intrusions Inventory (III-31)

Vi är intresserade av dina upplevelser av obehagliga och ovälkomna tankar eller bilder eller impulser som oväntat dyker upp i ditt medvetande (s.k. inkräktanden). De flesta har sådana upplevelser, men det varierar för olika människor hur ofta de förekommer och hur obehagliga de är. Några exempel på de många möjliga negativa inkräktandena ges här nedanför:

- en impuls att göra något skamligt eller hemskt
- tanken på eller bilden av att skada någon som du inte vill göra illa
- tanken på att något hemskt kommer hända på grund av att du inte varit tillräckligt försiktig
- ett oönskat sexuellt begär eller bild
- tanken på att du eller någon annan kommer bli smutsig eller smittad av något ämne som kan orsaka skada
- tanken på att du har lämnat en apparat påslagen som kan orsaka en eldsvåda
- en bild av någon du älskar som råkar ut för en olycka
- tanken på att föremål inte står i perfekt ordning
- en tanke eller bild som strider mot dina religiösa eller moraliska övertygelser
- en impuls att säga något oförskämt eller pinsamt
- tanken på att köra bilen av vägen eller in mot mötande trafik
- tanken på att du inte låste dörren och att någon kan bryta sig in

Vi vill uppmärksamma dig på att vi INTE syftar på dagdrömmar eller behagliga fantasier. Vi är INTE heller intresserade av allmänna orostankar kring hälsa eller ekonomi eller andra familjeangelägenheter. Vi menar INTE heller den typen av tankar som hänger samman med depression eller dåligt självförtroende. Däremot så ÄR vi intresserade av tankar, mentala bilder eller impulser som dyker upp i ditt medvetande och som du upplever som påträngande och olämpliga.

På raderna nedan så vill vi att du skriver ner två påträngande tankar, bilder eller impulser som du själv har haft:

(1) _____

(2) _____

Använd skattningsskalorna nedan och svara på följande frågor angående ovan nämnda eller liknande ovälkomna inkräktanden. Ringa in passande siffra för varje fråga:

A. När upplevde du senaste en påträngande tanke, bild eller impuls av detta slag?

Under senaste året	Under senaste 6 månaderna	Under senaste 4 veckorna	Under senaste 2 veckorna	Senaste veckan	Senaste 24 timmarna
1	2	3	4	5	6

B. Under de senaste sex månaderna, hur ofta upplevde du ett inkräktande av den här typen?

mindre än en gång i månaden	ungefär en gång i månaden	ungefär en gång i veckan	några gånger per vecka	ungefär en gång om dagen	flera gånger per dag
1	2	3	4	5	6

C. I genomsnitt, hur mycket obehag brukar du uppleva när du har ovälkomna tankar, bilder eller impulser av det här slaget?

inget	minimalt	lite	måttligt	mycket	extremt mycket
0	1	2	3	4	5

När du besvärades av inkräktande föreställningar som dem du beskrev ovan, skatta hur mycket du trodde på vart och ett av de påståenden som räknas upp nedan. Ringa in den siffra som bäst motsvarar din övertygelse när en ovälkommen tanke, bild eller impuls dyker upp.

Använd följande skala:

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Jag trodde inte alls på detta påstående

Jag var ganska övertygad om att påståendet var sant

Jag var fullständigt övertygad om att påståendet var sant

1. Jag måste återfå kontrollen över den här tanken.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. Att jag har den här ovälkomna tanken betyder att jag kommer att följa den.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Eftersom jag har tänkt på hemska saker som skulle kunna hända så måste jag göra något för att förhindra dem.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4. Eftersom jag har den här tanken så måste den vara viktig.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5. Jag borde kunna ta bort den här tanken ur mitt huvud.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6. Att tänka den här tanken skulle kunna göra så den blir verklighet.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7. Den här ovälkomna tanken kan förebåda något.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Jag trodde inte
alls på detta
påstående

Jag var ganska
övertygad om att
påståendet var sant

Jag var fullständigt
övertygad om att
påståendet var sant

8. Eftersom jag haft den här inkräktande tanken kommer det jag gör bli förstört.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9. Om jag inte gör något åt den här ovälkomna tanken så blir det mitt fel om något hemskt händer.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10. Jag är oansvarig om jag inte motstår den här önskade tanken.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11. Eftersom den här tanken kommer från mig så måste att jag vilja ha den.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
12. Det är fel att bortse från den här ovälkomna tanken.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
13. Eftersom jag inte kan kontrollera den här tanken så är jag en svag människa	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14. Jag kan inte riskera att den här tanken kommer att besannas.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
15. Nu när jag har tänkt på något hemskt som skulle kunna gå fel är det mitt ansvar att se till att det inte händer.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
16. Eftersom jag har haft den här tanken så måste jag vilja att det ska hända.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
17. Att jag har den här påträngande tanken betyder att jag skulle kunna förlora mitt förstånd.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
18. Jag skulle vara en bättre människa om jag kunde ha mer kontroll över den här tanken.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
19. Jag behöver försäkra mig om att inget hemskt kommer att hända som ett resultat av den här tanken.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
20. Den här tanken skulle kunna skada andra människor.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
21. Att ha den här inkräktande tanken betyder att jag inte har någon kontroll.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Jag trodde inte
alls på detta
påstående

Jag var ganska
övertygad om att
påståendet var sant

Jag var fullständigt
övertygad om att
påståendet var sant

22. Att ha den här tanken betyder att jag är konstig eller onormal.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
23. Det vore oansvarigt av mig om jag bortsåg från den här ovälkomna tanken.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
24. Att ha den här inkräktande tanken betyder att jag är en hemsk människa.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
25. Om jag inte kontrollerar den här oönskade tanken kommer något hemskt oundvikligen att hända.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
26. Jag måste få kontroll över den här tanken.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
27. Ju mer jag tänker på detta, desto större är risken att det faktiskt inträffar.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
28. Jag kommer känna mig skyldig om jag inte gör något åt den här tanken.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
29. Jag borde inte tänka på sånt här.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
30. Om jag inte kontrollerar den här tanken så kommer jag bli straffad.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
31. Om jag bortser från den här tanken skulle jag kunna vara ansvarig för att ha åstadkommit allvarlig skada.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Revised Juni 1, 1998 iii-31

Svensk översättning: Eriksson & Järild (2010)