

# Personlighetstestet Grundläggande karaktärsdrag

Basic Character Trait Test (BCT)



**Zvonimir Cesarec**  
**Mats Fridell**

FORSKNINGSRAPPORT

**Institutionsvård i fokus** ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer.

Föreliggande rapport beskriver Basic Character Trait Test (BCT), ett strukturerat bedömningsinstrument som mäter grundläggande karaktärsdrag och personlighet enligt klassisk psykoanalytisk teori. BCT är ett komplement till andra större personlighetstest och kan användas såväl kliniskt som i forskningssammanhang.

Med föreliggande manual utvecklas stödet avsevärt till dem som använder testet kliniskt eller i forskningssammanhang.

SiS forskningsprojekt finansieras genom årlig utlysning av forskningsmedel. Beslut om finansiering av externa forskningsprojekt tas av SiS generaldirektör efter bedömning av SiS vetenskapliga råd och extern sakkunniggranskning. Publicering sker efter beredning i publikationsseriens redaktionsråd och vetenskaplig granskning av SiS forskningsledare med stöd av externa sakkunniga (peer-review)

Redaktionsrådet för Institutionsvård i fokus består av företrädare för SiS utvecklingsenheten, vård- och behandlingsenheten, informationsenheten och kansliet inom Avdelningen för utveckling av vård och behandling. Ordförande är utvecklingsdirektör Nils Åkesson.

Ansvarig utgivare för Institutionsvård i Fokus är vikarierande generaldirektör Nils Åkesson.

#### **SiS vetenskapliga råd**

*Stefan Borg*, verksamhetschef, Beroendecentrum, Stockholm

*Claudia Fahlke*, professor, Göteborgs universitet

*Marja Holmila*, docent, STAKES

*Thomas Johansson*, professor Göteborgs universitet

*Britta Kyøsgaard*, forskningschef, Justitiedepartementet Köpenhamn

*Katarina Lindeberg*, institutionschef, SiS ungdomshem Råby

*Helena Müller*, institutionschef, SiS LVM-hem Gudhemsgården

*Carl-Göran Svedin*, professor, Linköpings universitet

*Birgitta Vilén-Johansson*, avdelningschef, individ-och familjeomsorgen Malmö stad

*Bo Vinnerljung*, professor, Stockholms universitet

*Karsten Åström*, professor, Lunds universitet

*Johan Franck*, docent, Karolinska institutet

#### **ISBN 978-91-972745-9-3**

Personlighetstestet Grundläggande karaktärsdrag, Basic Character Trait Test (BCT)  
Nummer 1 2012 i rapportserien Institutionsvård i fokus

Publikationerna finns att beställa  
eller ladda ner från SiS webbplats

#### **Engelsk titel:**

Institutional Care in Focus

#### **Publikationsseriens adress:**

Statens institutionsstyrelse

Box 16363

103 26 Stockholm

[www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

# Personlighetstestet

## GRUNDLÄGGANDE KARAKTÄRSDRAG

Basic Character Trait Test (BCT)

**Zvonimir Cesarec och Mats Fridell**

Institutionen för psykologi, Lunds universitet  
2010

# Sammanfattning

**Grundläggande karaktärsdrag – Basic Character Trait Test (BCT)**, är ett personlighetstest med utgångspunkt i empiriska studier av den "orala" och den "anala" karaktären. Faktoranalyser har visat att dessa var för sig består av två ortogonala faktorer, som teoretiskt benämns Oralt Optimistisk Karaktär (OOC) och Oralt Pessimistisk Karaktär (OPC) respektive Analt Reaktiv Karaktär (ARC) och Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC). BCT-testet försöker inte belägga etiologiska aspekter bakom karaktärsdragen utan tar fasta på observationer och tidigare empiri av beteenden kopplade till dessa. För konstruktionen har två normalmaterial och ett patientmaterial insamlats. Normalmaterialen utgörs dels av ett slumpmässigt rikssampel ur normalbefolkningen från en omnibusundersökning av GfK Sverige med 806 användbara formulär, dels av 1 022 personer i fyra olika vårdinriktningar, sammanlagt 1 828 personer. Valideringen omfattar BCT-data för 1 185 patienter uppdelade i fem syndrom testade parallellt med andra test och diagnosinstrument. Efter itemanalyser konstruerades ett test med 20 items per variabel, vilka balanserades för att undvika response set. I slutversionen, BCT-II, minskades antalet items till 60.

**Itemanalys**, som korrelationer mellan enskilda items och skalan, beräknades med tillfredsställande resultat på rikssamplet. Faktoranalyser gjordes sedan separat i normal- respektive patientgruppen. Principalkomponentmetoden med varimaxrotering användes för itemanalyser och en konfirmatorisk faktoranalys för den teoretiska valideringen. I den konfirmatoriska analysen bekräftades fyrfaktormodellen. *Reliabiliteten* är med Cronbach's Alpha  $r = .64$  till  $r = .80$ . Test-retestjämförelser i normalmaterial över fem veckor är  $r_{tt} = .85$  till  $.93$ . Jämförelser visar därutöver hög stabilitet i de fyra personlighetsdragen över fem år och längre. Skillnader i råpoäng mellan könen och i olika åldrar korrigerades genom beräkning av linjära T-poäng, varvid skillnader mellan könen och de olika åldersgrupperna eliminerades. Skillnader mellan könen redovisades också i staninepoäng. Den enskilda mätningens medelfel (SEM) beräknades och ligger inom standardavvikelserna både för råpoäng, staninepoäng och T-poäng, varför testet kan användas för individuella jämförelser.

**Valideringen** gjordes i flera olika steg. Först studerades testets teoretiska, samtida och prediktiva validitet i jämförelser av BCT mot olika kliniska grupper och syndrom. Det är drogmissbrukare, alkoholmissbrukare och allmänpsykiatriska patienter. Det allmänpsykiatriska materialet delades sedan in i följande diagnostiska grupper: neurotiska störningar, affektiva störningar, schizofrenier, anpassningsstörningar (krisreaktioner) och depression UNS. Ätstörningar behölls som en speciell grupp eftersom teorin bakom formuläret postulerar att ätande bör vara kopplat till oralitet. Den stora

andelen patienter med personlighetsstörning i materialet (38 procent) förklaras av att många är narkotikamissbrukare. Gruppjämförelserna ger klart stöd för testets *teoretiska och samtidiga validitet*. Resultat i tidigare undersökningar bekräftas och dessa är i linje med de teoretiska förväntningarna. Testet visar i några sammanhang också en klar *prediktiv validitet* vad gäller förmågan att skilja mellan normalgrupper och patientgrupper samt personer under och över medianen på Global Assessment of Functioning (GAF).

**Testets konstruktionsvaliditet och samtidiga validitet** har undersökts dels i faktoranalyserna, dels genom jämförelser mellan BCT och andra test och skattningsskalor. Före valideringen formulerades 102 hypoteser om sambandet med variabler i andra test i 80-itemsversionen. Av hypoteserna bekräftades 76 (75 procent). Därutöver tillkom 53 samband som visserligen inte predicerats, men som går i teoretiskt förväntad riktning. Bara tre samband gick emot hypotesen. Den beskrivning vi får genom samband med andra test och skalor motsvarar dels de teoretiska beskrivningarna, dels tidigare fynd i andra undersökningar med frågeformulärsteknik. Beskrivningen av de fyra karaktärsegenskapsklustren som man får genom samband med andra test överensstämmer bra med tidigare forskning. Samtidigt framstår de fyra dimensionerna som unika, det vill säga inte beskrivna i andra test. Sambanden stödjer BCT-testets samtidiga (Concurrent) och Construct Validity.

I en sista begreppsrevision benämns de fyra variablerna: Optimistisk Relationssökande, Pessimistisk Avvisande, Analt Reaktiv respektive Magiskt Tvångsmässig. Samtliga variabler går från polen med låga värden till en pol med höga värden. Låga såväl som höga värden kan vara problemrelaterade men på olika sätt.

# Läsanvisning

Varför använda BCT? Som visas i följande text är testet standardiserat för svenska förhållanden, och validerat både på stora normal- och patientgrupper. Det är kort, det är lätt att rätta och det är lätt att kommunicera till testpersonerna. Dessutom är det utprövat på för SiS relevanta patient-grupper, inte minst de med personlighetsstörningar. Vi ser testet som ett komplement till andra test. För SiS och de kliniker och forskare som vill använda testet är det helt kostnadsfritt och datorrättning på cd kan tillhandahållas på beställning.

Att läsa en manual av det här slaget är kanske inte det mest njutningsfyllda man kan ta sig för. Men vi hoppas ge läsaren möjlighet att sätta sig in i testets teoribakgrund och konstruktion, och ge de redskap som behövs för att granska vad det här testet tillför som andra test inte gör. Det är inte nödvändigt att den som ska använda BCT-testet tränger in i alla detaljer och beräkningar. Underlaget för beräkningarna återfinns i texten och i bilagorna.

Vi inleder med en beskrivning av teorin bakom testet innan vi kommer in på konstruktionen. Läsaren får stifta bekantskap med faktoranalyser som i princip visar vilka frågor som har höga laddningar inom den variabel som de tillhör och låga laddningar i relation till de tre variabler som frågorna inte tillhör. Därefter standardiseras testet i relation till två normalgrupper. Den ena består huvudsakligen av vårdpersonal och den andra utgör ett representativt urval ur normalbefolkningen. Slutligen redovisas den ganska omfattande valideringen av testet på olika patientgrupper. Unikt torde i det här testet vara att vi har en mycket stor grupp patienter med personlighetsstörningar.

De patientgrupper som testet prövats på i valideringen har därför relevans för behandling av narkotikamissbrukare med och utan kriminalitet och för klienter som behandlas på institutioner vid Statens institutionsstyrelse. Praktiskt är testet lätt att administrera, lätt att rätta både manuellt och med datorrättning och lätt att tolka, och inte minst lätt att återkoppla till de personer som testats. Det senare är inte minst viktigt utifrån behovet att stimulera patienternas motivation att medverka i bedömning och behandling. Det finns givetvis många alternativa mätinstrument men alla är inte standardiserade och normerade för svenska förhållanden. Ännu färre är så korta som BCT, med 60 frågor i sin slutgiltiga form.

BCT har en rimligt hög reliabilitet i sina fyra variabler, både i den tidigare 80-itemsversionen och – ännu bättre – i 60-itemsversionen. Särskilt iögonfallande med BCT är den mycket höga stabiliteten i de fyra personlighetsvariablerna över lång tid, även där individerna genomgår stora förändringar i livsstil och livssituation. Här intar BCT-testet en särskild nisch som gör det lämpligt för användning vid en initial bedömning, men mer begränsat vid uppföljningar över kortare tid. Så har det också använts i en rad av våra undersökningar (Jansson & Fridell 2003). En femårsuppföljning av ett representativt material av kvinnor från Lundens LVU- och LVM-hem av Fridell visade dock signifikanta förändringar i dimensioner, där förbättringar kan betraktas som gynnsamma och går i förväntad riktning (Fridell, Billsten, Jansson och Amylon, 2009).

När Statens institutionsstyrelse stöttade en kompletterande normalgruppsstudie för standardiseringen av testet så var de ovan redovisade skälen viktiga. Finns det behov av ett nytt test? SiS psykologer använder redan många andra test och dessa varierar från en institution till en annan. Och så måste det vara. Olika psykologer behärskar delvis olika testarsenaler. Alla test kräver förtrogenhet med konstruktion, utvärdering och tolkning i relation till andra mätinstrument. För-delar med BCT med dess datarättning är tidsbesparing och att det är kortare än många andra personlighetstest. Ytterligare en fördel är att det kan administreras av behandlingspersonal i allmänhet och inte enbart av psykologer. Detta ligger i linje med de intentioner som finns i förslaget till en systematisk utredningsmodell inom SiS. Möjligheten att låta behandlingspersonal medverka i insamlingen gäller också flera andra av de instrument som vi själva systematiskt använt i våra testbatterier: SCL-90, KASAM och ISSI samt ett nykonstruerat test som mäter inlärningsstil (LSI-2). En invändning som kan resas mot att vårdpersonal samlar in data är att personer som är skeptiska eller okunniga om fördelen med standardiserade mått kan avmotivera klienter från att medverka, enbart därför att man inte förstår vad instrumenten mäter och därför inte förmår motivera klienterna. Insamlingen får alltså inte göras hur som helst. De som ska samla in testdata måste alltid kunna motivera klienterna och vara införstådda med vad instrumenten mäter. Involvering av mindre testvan personal kräver således omsorgsfull implementering.

Vi rekommenderar att BCT används i kombination med andra personlighetstest och symtom-skalar. Lundens LVM- och LVU-hem har varit aktiv part i datainsamlingen kring BCT och där har andra självskattningsinstrument använts som komplement, till exempel Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS), Temperament and Character Inventory (TCI), Psychopathic Checklist (PCL-r), Karolinska Scales of Personality (KSP),

Swedish Scales of Personality (SSP) och andra skalor som ISSI-skalan för social integration och KASAM för Upplevelse av mening jämte test som väljs utifrån den individuella patientens särskilda problem. Hit hör begåvnings- och neuropsykologiska test. I vår validering märks samarbetet med en rad kollegor och institutioner i det stora antalet test som vi kunnat jämföra med. BCT har uppfattats som ett enkelt och rationellt komplement. Datorrättningen som vi tillhandahållit till BCT sparar i slutänden mycket tid.

De flesta personlighetstest "lånar" frågor (items) av varandra. Karolinska Scales of Personality består till delar av items från till exempel Eysenck's frågeformulär EPQ, från Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS) och från andra skalor och test. Också nyare test, baserade på så kallad femfaktorteori (TCI; NEO-PI-R med flera), har såväl enskilda skalor som items gemensamt med andra tidigare test (se Bergman 2005; Vassend, Lian, & Andersen, 1992). Även om man teoretiskt försöker betona en specifik teoretisk särart, så finns det ofta många gemensamma beröringspunkter som spänner över olika psykologiska teorier. Helt klart ökar differentieringsmöjligheterna i testet när det kombineras med andra diagnosmodeller som de för personlighetsstörning, symtom, andra personlighetsmått, eller mått på neuropsykologiska problem och begåvningsnivå.

BCT har i ett sista steg kortats från ett 80-itemsfrågeformulär till ett 60-itemsformulär utan att mätnoggrannheten kompromissades. BCT bör lika lite som andra personlighetstest användas för att bestämma vilken diagnos en patient ska ha. Det är personlighetsegenskaper som mäts. Inom missbruksområdet tillför personlighetstestning inte sällan indikationer på positiva tillgångar hos patienter som ett komplement till de problemorienterade diagnoserna. Tolkning av resultaten är alltid grannläga och bör överlåtas till psykologiskt skolad personal.

De teoretiska utgångspunkterna ska här bara beröras helt kort. Driftsteori i psykoanalytisk tappning inrymmer flera teorier om motivation och utveckling. Freud såg drifterna som både biologiskt och psykologiskt determinerade. Två huvudlinjer urskiljs. Den ena driftsaspekten är libidoteorin, som är teorin om den sexuellt relaterade driften bakom barnets utveckling: från oral, via anal till genital fas. Den andra driftsaspekten i Freuds teori handlade om aggressionens roll. BCT-testet har denna teoretiska utgångspunkt, med den mycket viktiga reservationen att vi helt tagit fasta på den empiriska forskning bakom centrala teoretiska hypoteser och mätningar på människor i vuxen ålder. I BCT studeras inte aggressiviteten uttryckt i våldsamt beteende utan i en aggressiv pessimistisk livshållning som oftast uttrycks verbalt. Freuds ursprungliga hypoteser om driftsutvecklingen har med åren modifierats av kompletterande och modernare



teori. Introduktionen av affektteori på 1970-talet reviderade synen på såväl aggression som sexualiteten som enbart driftsuttryck (Tomkins 1962, 1963, 1991). Sterns arbete om spädbarnsutvecklingen gav ett radikalt alternativ till rådande psykoanalytisk utvecklingsteori. Det kritiserade bland annat psykoanalysens starka betoning av specifika faser i barnets utveckling och så vidare (se till exempel Stern 1993).

En av de grupper vi studerat i stor omfattning inför standardiseringen och valideringen av BCT-testet är missbrukare, särskilt narkotikamissbrukare. En modell hämtad från driftsteorin var den av Sandor Rado (1926, 1933) som betraktade missbruk som en kemiskt inducerad drift. Redan tidigt var många kritiska till den synen på missbruk eftersom den gav bilden av missbruket som blott och bart en hedonistisk aktivitet (Fenichel 1945). Likväl har vi på senare år fått ökade belägg för, huvudsakligen genom djurförsök, att missbruk vidmakthålls genom att drogerna stimulerar hjärnans "belöningssystem" och interagerar med flera transmittorsystem i nervsystemet, särskilt dopaminsystemet. Det är en biologisk modell med i dag stor tyngd i debatten (Heilig 2004). Eftersom belöning i hög grad är en kognitiv aktivitet hos människor borde driftscentrum kunnat vara ett mer exakt begrepp. Frågan är om diskussionen kan öppna upp för en revidering av driftsteori som en viktig motivationsmodell på lite sikt, eftersom de centrala delar av hjärnan som förknippas med "belöningssystemet" är belägna i limbiska systemet som också är centrum för affekt- och driftsliv. Kommande forskning får visa på vilka sätt driftsteori bäst kan tillämpas och hur den måste utvecklas och modifieras. Den ambitionen ligger bortom hur vi använder teorin i BCT-testet.

Det är den deskriptiva traditionen som utgår ifrån psykoanalytisk driftsteori som används i konstruktionen av BCT-testet. Etiologin betonas inte. Personlighetsdrag deducerade ur systematiska observationer prövas empiriskt i konstruktionen. BCT-testet modifierar samtidigt en del slutsatser som man tidigare haft om kopplingen mellan tidiga karaktärsdrag och senare psyko-patologi och är en klar uppstramning också i teoretiskt hänseende. Tidigare beskrevs till exempel hysteriska karaktärsdrag som orsakade av problem under den orala fasen. Det resonemanget faller när man betänker att oral fas består av två oberoende dimensioner med mycket olika personlighetskorrelat. På samma sätt visar empiriska analyser av sambandet mellan "analitet" (ARC) och "tvångsmässighet" (OCC) att föreställningen om samlartendenser (en aspekt av analitet) som en förelöpare till tvångssymtom saknar stöd. Dessa fynd är i sig en berikning av den kliniska dis-kursen men står i konflikt med den "klassiska" (icke empiriskt grundande) mainstreamuppfattningen sådan den torgförs av psykoanalytiska personlighetsteoretiker som MacWilliams (1994). Andra aspekter är att egenskaper som är

högst motsägelsefulla kan existera samtidigt hos en och samma individ. Denna dubbelhet i problembeskrivningen har ådragit psykoanalytisk teori kritik från vetenskapsteoretiker, som menar att sådana inkonsistenser omöjliggör en vetenskaplig prövning av teori (Chalmers 2006). Men likafullt får vi i BCT-testet stöd för att samtida motsägelser i personligheten finns och att de kan mätas.

I en sista begreppsrevidering har vi valt att ge de fyra variablerna lite mer neutrala namn: OOC kan benämnas Optimistisk Relationsökande (OPC) Pessimistisk Avståndstagande (ARC) Struktur-/Ordningssökande och Magiskt Tvångsmässig (OCC). Om namnbytet medför att pregnansen bakom begreppen minskar, blir det desto viktigare att testaren förstår teorin. Med den starka empiriska basen i BCT är detta lika lätt som med något annat personlighetstest.

BCT-testet har visat sig enkelt att återrapportera till patienterna. Då bör variablerna med fördel beskrivas med ovanstående förenklade terminologi, samtidigt som den som förmedlar resultaten måste förstå komplexiteten i de teoretiska resonemangen bakom testet, och vilka frågor som ingår i konstruktionen av variablerna. Jämförelser med andra test och skalor underlättas därvid av den utförliga valideringen.

# Tillkännagivanden

Ett varmt tack till alla patienter och all personal som gett oss material. Tack till alla er som hjälpt oss att samla in data: kollegorna Johan Billström, Jeanette Brugge, Christel Brandt, Madeleine Con-radsen, Gizela Dagenbrink, Anette Edström, Tommy Flärd, Bengt Glemvik, Iréne Jansson, Monica Johansson, Eva Johnsson, Agneta Mattell, Sven Marke, Mats Nilsson, AnnChatrine Rehn, Dan Teglund, och alla psykoterapeut- och psykologistuderande som för sina uppsatsar-beten samlat in och kompletterat material. Statistisk hjälp har erhållits för en del specifika statistiska beräkningar från docent Martin Bäckström och universitetslektor Morten Hesse.

Professor Rolf Sandell får ett varmt tack för fackgranskningen och förslagen till kompletterande analyser och förkortningar i manus. Tack för redaktionella synpunkter från Vera Segraeus och Tarja-Liisa Leiniö vid SiS huvudkontor.

Tack också till SiS som tillhandahöll ekonomiska medel för en normalgruppsstudie från hela landet.

Slutligen ett postumt varmt kollegialt tack till min gamle medarbetare Zvonimir Cesarec som konstruerade BCT-testet i sin ursprungliga form och som inte fick se slutrapporten i tryck. Zvonimir Cesarec avled i mars 2007 och slutarbetet med testet fick genomföras utan hans medverkan.

# Innehållsförteckning

Abstract

<b>Läsanvisning</b> .....	<b>6</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>14</b>
Tidigare mätinstrument .....	16
<b>Konstruktion av BCT</b> .....	<b>20</b>
Itemanalys .....	20
Statistik .....	21
<b>Standardisering</b> .....	<b>24</b>
Materialbeskrivning .....	24
Faktoranalys .....	26
Raschanalys .....	27
Konfirmatorisk faktoranalys .....	27
Reliabilitetsanalys .....	28
Interkorrelationer .....	29
Könsskillnader .....	31
Normering .....	31
Normer .....	33
<b>Validering</b> .....	<b>35</b>
Gruppjämförelser .....	35
Normalmaterial .....	35
Patientmaterial .....	37
Jämförelse mellan normal- och patientmaterialet .....	43
Global Assessment of Functioning – GAF .....	45
Personlighetsstörningar .....	46
DSM-III-R – Personlighetsstörningskluster .....	47

<b>Samband med andra test och skalor</b> .....	<b>52</b>
Antaganden om samband .....	52
<i>Samband med andra personlighetstest och skalor</i> .....	52
Samband med symtom .....	58
<i>Socialt nätverk, Social anpassning, och Upplevelse av mening: ISSI, SAS-SR, KASAM samt instrument för specifika problem; AUDIT, AVI-R, EDI-2 och SRB</i> .....	60
Sammanfattning av samband med andra test.....	64
<b>Diskussion</b> .....	<b>67</b>
<b>Manual</b> .....	<b>79</b>
Anvisningar för användning av BCT .....	79
<i>Testadministration</i> .....	79
<i>Tillämpning</i> .....	79
<i>Beräkning av råpoäng</i> .....	80
<i>Tolkning av resultat</i> .....	81
<b>Referenser</b> .....	<b>84</b>
<b>APPENDIX A</b> .....	<b>95</b>
Samband med andra test och skalor .....	114
<b>APPENDIX B</b> .....	<b>123</b>
Formulär som används i valideringsstudien.....	123
<i>B.1. Personlighetstest</i> .....	123
<i>B.2.2. Symtom</i> .....	126
<i>B.3.3. Socialt nätverk, Integration, Anpassning, Upplevelse av sammanhang</i> ...	128
<i>B.4. Instrument för specifika problem</i> .....	129
<b>APPENDIX C</b> .....	<b>134</b>
Standardisering i rikssampel från GfK Sverige.....	134

# Inledning

Socialpsykologen Gordon Allport listade ett stort antal definitioner av begreppet *personlighet* i sin bok 1961. De olika definitionerna delade han in i tre grupper: personlighet relaterad till External Effect, till Internal Structure och teorineutralt, the Positivist View (Pp 23). Den första modellen kan definieras genom "habits or actions which successfully influence other people", och allra enklast: "what other people think of you". Den andra positionen är mer komplicerad och kan sammanfattas som "personality is the dynamic organization within the individual of those psychophysical systems that determines his characteristic behaviour and thoughts". Den positivistiska positionen däremot är att ifall det finns en inre struktur så kan den inte studeras: "inner personality is a myth – a mere construct tied together by proper name". Den senare positionen har stimulusresponstraditionen inom psykologin som grund. Förenklat uttryckt blir personlighet vad som mäts med personlighetstest. Konsekvensen av detta synsätt är enligt Allport att "personality as such evaporates in a mist of methods".

Det grekiska ordet *karaktär* betyder 'inristning', 'graving', och termen har använts av dem som ville betona det bestående, den basala strukturen hos individen som kontrast till *persona*, det latinska ordet för 'mask' och 'personlighet', som beskriver det yttre, det observerbara beteendet. Hos allmänheten har karaktär fått en värderande innebörd, med en negativ biklang som gör att vissa författare undviker ordet. Vi använder här karaktär synonymt med personlighet, definierat som Internal Structure (se ovan).

I enlighet med gammal europeisk tradition använde Freud ordet karaktär när han 1908 för första gången beskrev "anal karaktär" i uppsatsen *Character and Anal Eroticism* (Freud St Ed 1974). Han hade observerat att vissa konstellationer av egenskaper återkom hos en grupp av hans patienter. Freud betonade sin empiriska utgångspunkt, att det är beteendeobservationer som han sammanfattade och senare sökte förklaring till. Som kärnan till den anala karaktären beskrev han tre grupperingar av karaktärsdrag: ordentlighet, sparsamhet och envishet. Den pregnanta och igenkännbara beskrivningen av den anala karaktären gjorde begreppet populärt såväl bland fackmän som lekmän. Freud menade att utvecklingen av karaktärsdragerna dels berodde på ursprungliga analerotiska impulser (driftskomponenten) och reaktionsbildning (det psykiska för-svaret) på dessa impulser, dels på sublimeringar av desamma. Han ansåg att konstellationen av anala drag predisponerade senare uppkomst av tvångsneuros (Freud 1914; 1916; St Ed 1974).

Ursprungligen ingick inte i Freuds modell oraliteten som en faktor bakom senare psykopatologi utan det var Karl Abraham som ett årtionde senare, 1924, beskrev den så

kallade orala karaktären (Abraham 1960). Begreppet oral karaktär saknar den pregnans som utmärkte beskrivningen av anal karaktär. Den orala karaktärens kärna, som beskrivs som otålighet, avund och ambition, är en mer otydlig motsvarighet till den anala triaden (Abraham 1960a). En första svårighet att beskriva den orala karaktären är att en hel del "oral aktivitet" är socialt acceptabla och senare i livet kvarstår i sin ursprungliga form utan att karaktärsbildande försvar behöver aktiveras. Kyssar och smekningar är exempel på detta. Hudens och händernas roll i smekningar är, enligt detta sätt att se, en förskjutning av orala behov. Ursprungliga orala impulser, som senare i livet modifieras genom reaktionsbildning eller sublimering, har dessutom en så tidig position i utvecklingen att vi sällan kan observera deras yttringar utan att senare utveckling också influerar fenomenen. Teoretiskt hade man svårt att i samma karaktärsbeskrivning integrera effekterna av både överdriven tillfredsställelse och frustration av orala behov å ena sidan och effekterna av den tidiga sugande "tillitsfulla" perioden, kontra den senare bitande, "oralt-aggressiva" perioden å den andra. Dessa motsägelser var omöjliga att integrera teoretiskt så länge oralitet betraktades som ett enhetligt begrepp.

De teoretiska motsägelserna resulterade i svårförenliga beskrivningar av sociabla, omhändertagande och optimistiska egenskaper parallellt med pessimistiska, aggressiva och sadistiska. Gottheil samlade de olika motsägelsefulla beskrivningarna från litteraturen om den orala karaktären i ett försök att finna en mer avgränsad och koherent definition (Gottheil 1965). Han menade därvid att den orala karaktären som regel antogs vara mindre patologigenererande, och om störningar utvecklades så manifesterades de huvudsakligen i beroendetillstånd eller depressioner.

Att betrakta karaktär som en predisposition till psykopatologi och symtom väcker frågan om skillnaden mellan karaktärsegenskaper och symtom. Freud (1914, St Ed 1974) menade här att karaktärsdrag var egosyntona, av individen accepterade egenskaper (möjligen egenheter), medan symtom var egodystona (främmande för jaget). Freuds förklaring var att symtombildning uppkommer när bortträngningen inte längre fungerar, i motsats till en person som visserligen visar samma (kanske avvikande) beteende men inte upplever de obehag som symtomen medför. Den-na distinktion har fortfarande relevans även om vi inte använder Freuds förklaring. Vi skulle till och med våga hävda att det är särskilt viktigt när vi betraktar de karaktärsegenskaper som BCT-testet mäter. Att en individ till exempel kan vara pedantisk, snål och enveten men likväl ser sig själv som ett föredöme för mänskligheten.

Freud försökte förankra karaktärsbildning i driftsutvecklingen, från oral och anal till genital fas, där fixeringar, regressioner och försvar blandades med senare tillkomna erfarenheter. Detta försök till en etiologisk modell, med personlighetsbildningen förankrad i tidiga utvecklingsfaser, har modifierats genom senare tillägg från jagpsykologi (Hartman 1958), objektrelationsteori (Kernberg 1975; 1977), samt självpsykologisk teori (Kohut 1968). På senare år har modern affektteori modifierat förståelsen av såväl sexualitetens som aggressivitetens roll som mer än enbart drifts-utlopp (Tomkins

1992/1962; 1992/1963; 1991). Också Sterns specifika teorier om den tidiga självutvecklingen har kompletterat och reviderat driftsutvecklingsperspektivet. Märk till exempel att *aggressiviteten* i karaktärsdraget Oral Pessimism är verbal, inte i första hand speglad i våldsamt beteende.

Oavsett om den i psykoanalytisk teori beskrivna etiologin bakom den anala eller orala karaktären är helt eller delvis korrekt eller inte, så beskrivs konstellationer av personlighetsdrag som inte tycks ingå i strukturer som beskrivs i andra personlighetsteorier. Medan till exempel diagnoser av personlighetsstörning delvis påverkas av förändringar i livssituation, mäter BCT stabila egenskaper som i ringa grad förefaller påverkas av yttre förändringar. Med hjälp av tidigare beskrivningar och försök att mäta dessa karaktärsdrag, har vi konstruerat ett frågeformulär som studerar fyra på faktoranalytisk väg framtagna karaktärsdrag och deras variation i normalbefolkningen. Med utgångspunkt i dessa, så kallade standardiseringsdata, har vi kunnat bestämma avvikelser av dessa drag i grupper med problem eller psykiska störningar. Flera av dessa grupper är representerade i SiS klientgrupper. Jämförelserna med andra test har visats kunna klagöra vilka egenskaper som är mest pregnanta. Jämförelserna har också visat att konstruktionen av de fyra variablerna har rimliga och teoretiskt begripliga samband med motsvarande variabler i andra test. Vi vill dock betona att vi ser BCT som ett komplement till andra personlighetstest, inte som en ersättning.

## Tidigare mätinstrument

Under årens lopp har ett antal instrument, mest frågeformulär, utvecklats för att mäta karaktärsdrag med, enligt psykoanalytisk teori, etiologisk förankring i den psykos sexuella utvecklingen. De flesta mätinstrument har avsett mätning av den orala och anala karaktären. Goldman (1948) försökte mäta endast den orala karaktären medan Grygier (1961) i sin Dynamic Personality Inventory använde 33 psykos sexuella skalor för att täcka hela karaktärsutvecklingen. Några andra frågeformulär kan nämnas: Krout & Krout's (1954) Personal Preference Scale, Gottheil's (1965) formulär, Goldman-Eisler (1955) samt Lazare, Klerman och Armor's (1966) formulär med items tagna från Murray (1938). En nyare skandinavisk omarbetning av Lazare's formulär är Torger-sen's Basic Character Inventory (1980). Av projektiva test som använts för mätning av den här typen av karaktärsdrag kan nämnas Rorschach och TAT samt framför allt Blacky Pictures (Blum, 1949).

Syftet med undersökningar där dessa mätinstrument använts har i regel varit att bekräfta förekomsten av personlighetsdragskonstellationer som motsvarar de i teorin beskrivna karaktärstyperna. Metoden har oftast varit faktoranalys och resultaten varierar från stöd för teorin till misslyckanden att bekräfta teorin. Få undersökningar har, som



till exempel Goldman (1948; 1950/51), prövat och trott sig kunna bekräfta teorins etiologiska antaganden, medan Kline & Storey (1980) nöjde sig med ett partiellt stöd för sina hypoteser.

Vid konstruktionen av BCT-items hade vi stor nytta av Gottheil's (1965) penetrerande genomgång av litteraturen. Han beskrev den orala karaktären som: "passive and dependent, desiring protection, warmth, support and sympathy and shunning responsibility. He is clinging, dislikes being alone, is inclined to tag behind or lean on others, is a follower, is subservient and eager to acceptance. He wants to be loved, is sensitive to rebuff and quick to feel he is being treated unjustly. He is petulant, envious and jealous. He is possessive. He begs, demands, grasps and insistently pleads his case despite contrary facts. He craves to receive, expects to be cared for, feels the 'world owes me a living' and needs assurance that his livelihood is guaranteed. He may be pessimistic and have moods of depression with attitudes of withdrawal. He may be optimistic, bright, generous and sociable. He has intellectual curiosity and is open to new ideas. He overvalues verbal communication, ascribes special value to what is said, may use speech aggressively and needs to communicate orally in talking or singing. He is insecure, has feelings of inadequacy and is ambitious while feeling that his goals are unattainable. He is impulsive, impatient, hasty, restless, irritable, distractable and emotionally labile" (Cit. Gottheil 1965).

Anal karaktär beskrevs av Gottheil med egenskaper som: "parsimonious and miserly; he spends money on things that last. He is possessive, he collects, hoards and saves stamps, coins and junk. He reads in the toilet and indulges in little recreation so as to conserve time. He is punctual, tidy, and meticulous. He is concerned with cleanliness and conformity. He retains responsibility and is sensitive to any encroachment on his supposed or actual field of interest or power. He tends to do things by himself rather than delegate responsibility, dislikes sharing, cannot rely on others, is rigid and conscientious. He is not emotionally demonstrative and may be cold, aloof and distant. He is critical and controlling, and he introduces his own system on things. He is negativistic and defiant, resists change, desires to be different, reverses right and left and east and west. He is persevering, thorough, stubborn and obstinate; once started on a project he must complete it and is annoyed by interruptions. He is pedantic, orderly and conservative and is concerned with accuracy, symmetry and justice. He plans, registers, tabulates and catalogues. He is ambivalent, uncertain, doubting and he has difficulty in coming to a decision" (Cit. Gottheil 1965). Gottheil studerade med faktoranalytisk metodik oralitet versus analitet (Gottheil & Stone 1968). Det ska påpekas att en hel del av de här beteendekorrelaten, både inom oralitet och analitet, revideras i BCT-testet utifrån de empiriska resultaten i den följande texten.

Två undersökningar med frågeformulärsinstrument från 1960-talet och senare är av speciellt intresse, nämligen Sandler & Hazari's (1966) och Kline & Storey's (1977). Sandler & Hazari utvecklade sitt formulär för att undersöka om anala karaktärsdrag och

obsessiva drag samt symptom bildar en enhet. Många kliniker hade redan tidigare ifrågasatt teorins antagande att den anala karaktären utgör en predisposition för tvångsneuros. Kline & Storey å andra sidan finner, i sin genomgång och efterprövningar med faktoranalytiska studier, att oralkaraktären ibland visar sig motsvaras av en faktor med bipolära egenskaper som optimism-pessimism, beroende-autonomi och så vidare och ibland uppdelas i två mer eller mindre oberoende faktorer (Kline & Storey, 1980). I undersökningen 1977 prövade man den orala karaktärens endimensionalitet.

Sandler & Hazari (1966) undersökte sambandet mellan klassiskt anala karaktärsdrag och tvångsdrag eller symptom, i en grupp patienter med neurotiska störningar. De använde Tavistock Self-Assessment Inventory, omfattande 867 sanna/falsa items på en grupp konsekutivt valda neurotiska patienter vid Tavistock-kliniken (50 kvinnor och 50 män). Faktoranalys av de 40 items i formuläret som är relaterade till tvångskaraktären gav två oberoende faktorer. Den första faktorn hade högsta laddningarna i items som rör ordentlighet, punktlighet, noggrannhet, avsky för smuts, rutinbundenhet, perfektionism och detaljorientering. Faktorn motsvarade, enligt Sandler & Hazari, det som benämnts Anal-Reactive Character. Freud påpekade (1914, St Ed 1974) att konformitet mellan dessa drag och jagideal är en källa för ökad självkänsla och "narcissistisk vinst". Dragen är inte bara egosyntona, det vill säga inte störande för individen, utan något som individen ibland är stolt över. Författarna ansåg därför att det mest passande namnet för faktorn var Reactive-Narcissistic. Den andra faktorn hade laddningar i items som beskriver tvångsliknande ritualer som del av vardagsbeteendet, oönskade tankar, grubblande, bekymmer, obeslutsamhet och igångsättningssvårigheter vilka till exempel kan visa sig i motstånd mot att påbörja en uppgift. Likheten med tvångsneurotiska symptom gav namnet Obsessional Personality. Författarnas slutsats är att även om dessa två personlighetstyper kan ha gemensam bakgrund, som till exempel konflikter kring anala behov, så är sättet att lösa dem olika för de två personlighetstyperna och man bör hålla dem isär.

Kline & Storey (1977) undersökte om det gick att validera ett test av den orala karaktären och relatera det till andra kända personlighetstest. För att undvika svårigheter med både bipolära och unipolära drag som tillskrivs den orala karaktären, konstruerade de två test för att mäta oral personlighet, ett Oral Optimismformulär (OOQ) med från början 67 items av ja-/nej-typ och ett Oral Pessimism-formulär (OPQ) med 58 items. Alla items togs från de psykoanalytiska beskrivningarna av den orala karaktären. Efter itemanalys på fyra olika grupper, mest studenter, med sammanlagt 271 kvinnor och 186 män behöll de 20 items i respektive formulär. Dessa två 20-itemsformulär itemanalyserades på nytt med hjälp av en ny grupp av 100 studenter. De itemanalysresultat som man publicerat visade att, trots tidigare noggranna analyser, uppfyllde fyra items i OOQ och två i OPQ inte kraven som författarna angav initialt. Split-half-reliabiliteten var  $r = .46$  för OOQ och för OPQ,  $r = .71$ .

Testresultat för OOQ och OPQ i en ny grupp av 128 individer, mest studenter, fak-

toranalyserades tillsammans med en rad andra formulär som dels avsågs mäta oralt relaterade drag, dels personlighetsdrag utan anknytning till oralitet. I analysen ingick bland annat EPI (Eysenck & Eysenck, 1964), The 16 PF (Cattell, Eber & Tatsuoka, 1970), The Gottheil Oral Scale (Gottheil, 1965) och DPI (Grygier, 1961). Korrelationsmatrisen visade att OOQ och OPQ korrelerade lågt,  $r = -.27$ , med varandra och därmed inte borde betraktas som en bipolär variabel utan som två distinkta variabler. Korrelationer med andra formulär visade vidare att individer med oralt optimistiska drag var engagerade i sociala aktiviteter, sökte uppmärksamhet och beundran, var djärva, dependenta, sällskapliga, öppenhjärtiga, pratsamma, tillitsfulla och extroverta. Individer med hög oral pessimism däremot, var avundsjuka, ältande, spända, frustrerade och pressade. Samband fanns också med verbal aggressivitet, egocentricitet, pessimism och rädsla för sexualitet. Korrelationen med Cattell's faktor L (protension) anses indikera "projection of inner tension and frustrations" (Cattell, Eber och Tatsuoka, 1970). Författarna ansåg att validiteten för de bägge personlighetsdimensionerna OOQ och OPQ bekräftats.

Principal Component-analys med eigenvalues större än 1 roterades enligt metoden promax oblique rotations. Av de 15 signifikanta faktorer som extraherades, presenterades endast de tre som har med oralitet att göra, faktorerna 2, 3 och 8. OOQ hade laddningar i faktor 3 och 8. Faktor 3 tolkades av författarna som en ångestfaktor med laddningar i Eysenck's Neuroticism, Cattell's Q4, O och C. Oral Optimism associerades med låg ångest. Faktor 8 beskrevs som klart relaterad till extraversionen utan att den utgjorde en extraversionsfaktor. Höga laddningar i DPI Sa och Pe samt EPI – Extraversion – tydde på att det var fråga om Sociabilitet. Enligt analysen är en individ med oralt optimistiska drag "stable social extravert".

OPQ hade laddningar i faktor 3 och 2. I faktor 3 karakteriserades en individ med oralt pessimistiska drag av hög nivå av ångest i neuroticismskalan (Kline & Storey 1977). Faktor 2 hade sin högsta laddning i Cattell's L: Protension (Paranoid Tendency) som avses mäta "defence by projection of inner tension". Författarna ansåg att faktoranalysen "powerfully supports the validity of both OOQ and OPQ as valid tests of oral traits". Variablerna mäter sidor i person-ligheten som inte mäts med andra faktoranalytiskt baserade personlighetstest.

# Konstruktion av BCT

Till första versionen av BCT-formuläret valdes 20 frågor i Kline & Storey's skalor OOC respektive OPQ som var relevanta (Kline & Storey, 1977). På samma sätt valdes frågor från Sandler's 40-itemsformulär som mätte deras variabel Reactive-Narcissistic Character respektive Obsessional Personality (Sandler & Hazari, 1966). Items som inte gick att översätta ersattes och kompletterades med items från den psykoanalytiska litteraturens beskrivningar av den orala respektive anala karaktären, bland annat från Gottheil's (1965) instrument. Varje variabel – optimism, pessimism, analitet och tvång – omfattade i den första versionen av formuläret 21 items av ja- eller nej-typ, totalt 84 items.

## Itemanalys

Formuläret administrerades först till en grupp psykologi- och socialhögskolestuderande (45 kvinnor och 25 män). Den första itemanalysen genomfördes med Likert-metoden som räknar fram en frågas diskrimineringsförmåga (Likert, 1932). Enligt Likert är gränsen för acceptabla Dpk-värden .20 i en ja-/nej-skala. Alla frågor som i första analysen fick Dpk-värden under .25 rensades ut och skalorna kompletterades, om det behövdes, med nya frågor till 21 frågor per variabel. De utrensade frågorna finns i appendix som tabell A.1. Två av frågorna som Kline har i sitt pessimismfrågeformulär visade i itemanalysen inget samband med pessimism men bra DP-värden mot optimismsskalan och flyttades dit. Frågan "Ogillar du att ta ställning i hetsiga debatter?" fick i optimismsskalan nej som indikerande svar. Ny itemanalys gjordes på ett urval av vårdpersonal, 46 män och 73 kvinnor. Alla frågor hade Dpk-värden över .20 utom fyra som uteslöts, så att 20 frågor per variabel återstod.

Cirka 50 procent av de items som slutligen behölls är översättningar från Kline respektive Sandler. De orala variablerna kallas i enlighet med Kline för Oralt Optimistisk Karaktär (OOC) och Oralt Pessimistisk Karaktär (OPC). Variabeln som Sandler kallar Reactive-Narcissistic benämns här Analt Reaktiv Karaktär (ARC) då dess item beskriver beteenden som i stort motsvarar den klassiska triaden i analkaraktären. Sandler's Obsessional Personality omfattar visserligen items som beskriver beteenden som liknar

tvångssymtom men som i motsats till symtom är egosyntona. Beteenden som beskrivs ses som indikatorer på försvarsmekanismen upphävande (undoing) eller magiskt tänkande och antas vara relaterade till den infantila omnipotensen och dess utveckling (Pumpian-Mindlin 1968). Sammanfattningsvis skulle man kunna beskriva dessa beteenden som försök att uppnå kontroll med magisk kraft och variabeln benämndes därför Omnipotent Tvångskaraktär, OCC.

En ny itemanalys gjordes i efterhand på de insamlade materialen: standardmaterial (n=806), normalmaterial med huvudsakligen vårdpersonal (n=840) och ett initialt patientmaterial (n=469). Korrelationer mellan enskilda items och skalan beräknades. Itemanalyser är alltså gjorda på något mindre material än de som finns tillgängliga på variabelnivå; där finns kompletta data för 1 828 i normalmaterialen och 1 185 i patientmaterialet. I appendixtabell A.1 presenteras frågorna med items och skalkorrelationerna i de tre materialen. Itemkorrelationerna varierar mellan grupperna men en del items har i alla grupper relativt låga korrelationer.

I appendixtabell A.2 redovisas beskrivningen av de fyra variablerna utifrån indikatorerna för respektive variabel. Frågorna till 80-itemsversionen och den slutliga 60-itemsversionen redovisas i appendixtabell A.3 och formuläret i appendixtabell A.4.

Itemanalysen bekräftas av en Principal Components-faktoranalys på itemnivå med varimaxrotering där items tillhörande respektive variabel har sina största laddningar i var och en av de fyra första faktorerna. Faktor 1 har sina högsta laddningar i frågor som täcker Oralt Optimistisk Karaktär, faktor 2 har frågor som laddar i Analt Reaktiv Karaktär, faktor 3 i Omnipotent Kompulsiv Karaktär och den fjärde faktorn utgörs av items för Oralt Pessimistisk Karaktär (se appendixtabell A.5). I tabellen presenteras faktorerna utefter variablerna i testet.

Laddningar lägre än .25 har uteslutits. Med beräkningar utförda med tetrakoriska korrelationer som beaktar att variabeln är 0-1-fördelad, erhöles en förklarad varians på itemnivå i 60-items-modellen med 36 procent, vilken var högre än 80-itemsmodellens 28 procent (appendixtabell A.5).

## Statistik

De mest använda statistiska bearbetningsmetoderna är multivariat och univariat variansanalys för jämförelser av grupper, korrelationer och faktoranalys. Vid faktoranalys användes principalkomponentmetoden med varimaxrotering på itemnivå. För att testa den teoretiska modellen har även konfirmatorisk faktoranalys använts. Alla beräkningar har utförts med SPSS, version 12.0 samt STATISTICA 7.0 och Lisrel 8,5

(Gustavsson och Ståhl, 2000). Beräkningarna i faktoranalyserna baseras på tetrakoriska korrelationer som jämför värden på linjära variabler med dikotoma variabler som ja/nej-svar i BCT.

Reliabilitet har beräknats med Cronbach's Alpha och skalornas interna konsistens redovisas även som genomsnittskoefficienten för inter-itemkorrelationer inom respektive skala. Test-retest-reliabiliteten har beräknats enligt Spearman.

Den första itemanalysen (DP-värden) genomfördes med Likert-metoden (Likert, 1932). Metoden innebär att summan indikerande svar (som satts lika med 1) för varje variabel beräknas och rangordnas. Utifrån rangordningen tas en hög-grupp (25 procent individer med de högsta poängen) och en låg-grupp (25 procent med de lägsta poängen). Medelvärdet för varje fråga tillhörande variabeln beräknas för hög- respektive låg-grupp. Frågans "discriminating power", DP, blir då medelvärdet för hög-grupp minus medelvärdet för låg-grupp (mh - ml). Om en fråga har mindre än 25 procent eller mer än 75 procent indikerande svar kan det optimala DP-värdet inte vara 1. DP-värdet korrigeras då till DPK -värdet enligt Ekdahl (1953). Det vill säga, man delar det erhållna DP-värdet med det högsta möjliga DP-värdet Mh-Ml (mh - ml / Mh - Ml).

Som standardiseringspoäng har linjära T-poäng och staninepoäng beräknats. Ålderskorrekationer har enbart utförts med T-poäng. T-poäng beräknades enligt följande formel där X = observerade värdet, M = medelvärdet samt (s) = spridningen för variabeln:

$$T = \frac{X - M}{s} \times 10 + 50$$

Linjära T-poäng har 50 som medelvärde och 10 i spridning. Staninepoäng är normaliserade standardiseringspoäng med 5 som medelvärde och 2 som spridning och redovisas för kön.

Den enskilda mätningens medelfel (Standard Error of Measurement, SEM) har beräknats enligt nedanstående formel där s = variabelns spridning och  $r_{tt}$  = variabelns reliabilitetskoefficient.

$$SEM = s \sqrt{1 - r_{tt}}$$

En Raschanalys har använts parallellt med faktoranalys för att kontrollera om det är samma items som väljs ut för de fyra variablerna om 15 frågor som också inkluderades i faktoranalysen för den förkortade modellen om 60 items. Analysen har utförts med STATISTICA 8,0.

För att jämföra olika grupper har multivariat variansanalys beräknats, följt av univariata analyser och post-hoc-jämförelser mellan enskilda grupper. Eta-squared anges vid varje variansanalys. Eta är ett korrelationsmått, som kvadrerat anger proportionen i den beroende variabelns totala variation som är relaterad till den oberoende variabeln.

För att vid multipla post-hoc-jämförelser av gruppernas medelvärden anpassa signifikanskraven till antalet jämförelser, används Tukey's Honestly Significant Difference (Tukey 1977) genomgående. Vid jämförelser av subgrupper, som till exempel personlighetsstörningar, används även vanligt t-test som post-hoc-analys. Detta för att underlätta hypotesgenerering. Användningen av Tukey ökar tillförlitligheten i våra slutsatser (minskar risken för Typ-I-fel men innebär också en ökad risk att underskatta möjliga signifikanta samband, det vill säga ökar risken för Typ-II-fel).

För att undersöka BCT-testets förmåga att predicera grupptillhörighet har kanonisk diskriminantanalys använts. För att dessutom visa vilka av variablerna som predicerar bäst används också stepwise-diskriminantanalys.

Konventionella signifikansnivåer i samtliga beräkningar är  $p = .05$ ,  $p = .01$  eller  $p = .001$ . Eftersom studien också är explorativ har statistisk tendens om  $p < .10$  ibland redovisats.

# STANDARDISERING

## Materialbeskrivning

Manualen bygger på material ur normalbefolkningen sammansatt av dels ett rikssampel, dels av fyra yrkesgrupperingar av personal inom huvudsakligen sjukvård och socialvård (fortsättningsvis benämnt personalmaterialet, tabell 1), samt ett patientmaterial omfattande allmänpsykiatriska patienter, alkoholmissbrukare och drogmissbrukare (tabell 2).

Standardiseringen påbörjades med personalmaterialet (tabell 1). De fyra yrkesgrupperna i materialet besvarade BCT-formuläret som del av utbildningsinsatser så något bortfall förekom inte. Formuläret har administrerats ibland ensamt och vid andra tillfällen tillsammans med andra test och skalor. Grupperna representerar ett brett urval av yrken och funktioner, där de flesta arbetar inom olika typer av vård.

**TABELL 1.**

Normalmaterialet uppdelat på fyra yrkesinriktningar och ett rikssampel efter kön (n=1 828).

Grupp	Kön	n	Ålder (m)	Ålder (Sd)
Sjuksköterskor	Kvinnor	137	33,0	8,13
	Män	40	33,6	6,78
Socialhögskolestuderande	Kvinnor	210	28,1	7,41
	Män	40	31,1	8,76
Mentalskötare	Kvinnor	386	42,2	8,82
	Män	161	43,3	8,85
Kriminalvårdspersonal	Kvinnor	24	40,8	8,52
	Män	24	42,2	9,27
(GfK – rikssampel)	Kvinnor	416	48,1	16,11
	Män	390	50,41	16,03

Till en förnyad, nu gällande standardisering, användes ett representativt sampel ur normalbefolkningen (n=1 007) i en så kallad omnibusundersökning med deltagare från



hela landet. Insamlingen genomfördes av GfK Sverige<sup>1</sup> som en del av deras regelbundet återkommande befolkningsrepresentativa undersökningar. Av personerna i samplet besvarade 81,4 procent testet. Metodiken som GfK använder beskrivs mer ingående jämte bortfallsanalysen i appendixtabell C.1.

Totalt besvarade 814 personer BCT-formuläret. Av dessa formulär var åtta formulär ofullständigt besvarade, vilket reducerar normeringsmaterialet till 806 fullständigt ifyllda formulär. Den yngsta personen i standardiseringsmaterialet var 15 år och den äldsta 74 år. Formuläret hade ett medelvärde av 47,82 år och en spridning av 16,44 år.

Bortfallet består av två delar: det första med 77 personer i panelen, som inte deltagit i denna omnibusomgång, plus 114 personer i samplet som besvarat andra delar av intervjun men inte hade sänt in de två frågeformulären. Då dessa grupper inte skiljer sig åt, har de i bortfallsanalysen betraktats som en enhetlig grupp (n=193). De åtta ofullständigt besvarade formulären beaktas inte i bortfallsanalysen.

Bortfallsanalysen gjordes på följande bakgrundsvariabler: kön, ålder, hushållsstorlek, ortsstorlek, hushållets årsinkomst, utbildning; arbetssituation: heltid, deltid, arbetslös; civilstånd, IP:s ställning i hushållet (hemmafru/-man, huvudinkomsttagare), antal barn under 16 år i hushållet, boendeform (hyrd/ägd bostad) och tillgång till internet.

I appendix redovisas 16 jämförelser mellan bakgrundsvariabler (se appendixtabell C.1). Av dessa var fyra signifikanta. Åldern skiljer så att medelåldern i respondentgruppen är 49,2 år mot 42 år i bortfallsgruppen ( $p < .000$ ). Vidare är fler i respondentgruppen gifta/sambo, 64 procent, mot 51 procent i bortfallet och medan andelen med arbete inte skiljer, så är andelen pensionärer högre i respondentgruppen (27 procent) än i bortfallsgruppen (18 procent). Slutligen är andelen egenföretagare plus förvärvsarbetande något lägre i respondentgruppen (64 procent) än i bortfallsgruppen (71 procent). Bortfallsgruppen tycks vara yngre och sysselsättningsgraden är högre än i respondentgruppen. Bedömningen är att bortfallsgruppen inte avviker på något systematiskt sätt som minskar representativiteten i samplet vad avser syftet med den här studien: att normera och standardisera ett personlighetstest.

Patientmaterialet redovisas i tabell 2 och är uppdelat på patienter som vårdats för drogmissbruk, alkoholmissbruk eller vårdats under en eller flera allmänpsykiatriska diagnoser. Drogmissbrukarmaterialet består av konsekutivt insamlade patientmaterial för drogmissbrukare på en avgiftnings-/korttidsvårdsavdelning liksom tvångsvårdade kvinnor (LVU och LVM). De allmänpsykiatriska patienterna är konsekutivt insamlade dels på två slutenvårdsavdelningar och öppenvårdspsykiatrisk verksamhet medan alkoholmissbrukargruppen utgörs av tre kliniska grupper.

---

1. Datainsamlingen ombesörjdes av ett opinionsinstitut – GfK Sverige.

TABELL 2.

Patientmaterialet uppdelat på fyra diagnosgrupperingar (n=1 185).

Grupp	Kön	n	Ålder (m)	Ålder (Sd)
Drogmissbrukare	Kvinnor	421	28,2	9,53
	Män	363	31,6	7,81
Alkoholmissbrukare	Kvinnor	23	43,7	13,28
	Män	136	45,5	10,84
Allmänpsykiatriska pat	Kvinnor	120	40,8	14,20
	Män	93	40,0	13,44
Ätstörningar	Kvinnor enbart	29	25,6	4,71
Totalt	Kvinnor	593	31,2	12,05
	Män	592	36,1	12,28

Samtliga deltagande patienter har givit ett personligt medgivande till att delta. För narkomaner vårdade vid avgiftningsavdelningen vid S:t Lars, liksom för tvångsvårdade kvinnor, har omfattande bortfallsanalyser gjorts i samband med tidigare undersökningar och resultaten visar att bortfallet inte påverkar representativiteten (Fridell 1998, Fridell, Hesse & Johnsson 2006; Fridell, Jansson, Billsten & Amylon 2009; Jansson & Fridell 2003). Patientmaterial från framför allt narkomanvård kännetecknas som regel av att män utgör cirka 66 procent och kvinnor 33 procent. Den högre andelen kvinnor i vårt material beror på gruppen tvångsvårdade kvinnor från Lunden, som är en kvinnoinstitution, vilket jämnat ut könsfördelningen i vårt material.

## Faktoranalys

En faktoranalys enligt principalkomponentmetoden med varimaxrotation och antalet faktorer begränsat till fyra, beräknades på standardiseringsmaterialet (n=806) och redovisas i appendixtabell A.5. Endast faktorladdningar över .25 tas med. De fyra faktorerna som motsvarar de fyra variablerna förklarar 36 procent av den totala variansen. Variabeln Oralt Optimistisk Karaktär (OOC) utgör faktor 1, som har items med de i genomsnitt högsta laddningarna, Analt Reaktiv Karaktär (ARC) är faktor 2, Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC) utgör faktor 3, och Oral Pessimism (OPC) utgör faktor 4. I faktoranalyserna beräknades sambanden med tetrakoriska korrelationer (se appendixtabell A.5).

## Raschanalys

En kompletterande analys, så kallad Raschanalys, användes för att kontrollera om denna exkluderade fler eller andra items än de som skiljts ut i faktoranalysen. Tanken bakom en del nya analysmetoder, som multidimensionell skalning, är att få items som ger en jämn täckning över hela den dimension som respektive variabel motsvarar. Modellen anses nödvändig vid konstruktion av begåvningsstest men är mindre utslagsgivande vid konstruktion av personlighetstest.

För 60-itemsversionen genomfördes en re-analys av laddningarna i de fyra faktorerna och totalt rensades fem items för varje variabel ut. En parallell Raschanalys visade att det för variabeln OOC var 17 items av de 20 som accepterades med en median av  $Md=0,36$  och tre items som togs bort (median= $0,07$ ). För OPC var det 18 items som accepterades i Raschanalysen med en median av  $Md=0,35$  mot en median av  $Md=0,04$  för de två items som togs bort. Vidare var det 17 items som accepterades för ARC med en median av  $0,39$  och tre som togs bort med en median av  $Md=0,07$ . Slutligen accepterades 17 items för variabeln OOC med en median av  $Md=0,32$  och tre items som exkluderades med en median av  $Md=0,04$ . Alla items som avvisades i faktoranalysen avvisades också i Raschanalysen. Faktoranalysen gjorde således en strängare utsortering av items.

## Konfirmatorisk faktoranalys

En konfirmatorisk faktoranalys på BCT-formulärets två versioner gjordes med hjälp av LISREL 8,5 (Gustavsson och Stål, 2000). Dessa beräkningar gjordes med tetrakoriska korrelationer. En  $\chi^2$ -sannolikhetsnivå estimerades. Eftersom detta test kan antas vara överkänsligt för urvalsstorlek och avvikelser från multivariat normalitet, görs en korrektion genom att  $\chi^2$ -estimatet divideras med antalet frihetsgrader ( $\chi^2/df$ ). Det finns ingen konsensus kring vad som representerar en bra anpassning, men en cut-off om  $\chi^2/df = 3$  eller lägre ger acceptabel överensstämmelse. Resultatet för 60-itemsversionen redovisas nedan (tabell 3).

**TABELL 3.**  
Konfirmatorisk faktoranalys av 60-itemsversionen av BCT-testet (n=806).

Chi-Square Statistic	$\chi^2 = 4203,11$
Degree of Freedom	1652
$\chi^2 / df$	2.54a
ICS Criterion	0.00126
Steiger-Lind RMSEA Index <sup>2</sup>	0.0476 (90 % CI=0.46:0.49)
RMS Standardized Residual	0.0684

Konklusionen är att den teoretiska modellen med fyra variabler fick stöd i den konfirmatoriska faktoranalysen.

## Reliabilitetsanalys

BCT-formulärets reliabilitet beräknades dels med test-retest, dels med Cronbach's Alpha. Test-retest utfördes med fem veckors mellanrum 2008 för ett blandat normal-sampel av gymnasie-ungdomar och vårdpersonal i olika åldrar och befattningar. För 80-itemsversionen varierar test-retest-reliabiliteten i BCT-formulärets fyra variabler mellan  $rtt = .84$  och  $rtt = .89$  i normalgruppen. I 60-itemsversionen varierar reliabiliteten mellan  $rtt = .85$ - och  $rtt = .93$  (se tabell 4 nedan).

**TABELL 4.**

Reliabilitetsanalys enligt test-retest fem veckor mellan mätningarna för de två versionerna.

	Antal	OOO	OPC	ARC	OCC
Normalgrupp (80-itemsversion)	(35)	.85	.84	.88	.89
Normalgrupp (60-itemsversion)	(61)	.92	.85	.92	.93

Signifikansangivelser: Samtliga retestvärden är  $p < .001$  eller högre.

Reliabilitetsnivåer redovisas i tabell 5 beräknat med Cronbach's Alpha för det riksrepresentativa standardiseringsmaterialet och för jämförelsens skull också för ett urval drogmissbrukare och allmänpsykiatriska patienter. En beskrivning av dessa grupper finns i appendixtabell A.12. Internal Consistency-reliabilitet för testet motsvarar reliabiliteten för andra test av frågeformulärstyp och är tillfredsställande. I tabell 5a redovisas reliabiliteten mätt med Cronbach's Alpha.

**TABELL 5A.**

Reliabilitetsanalys enligt Cronbach's Alpha.

Cronbach's Alpha	Antal	OOO	OPC	ARC	OCC
Riksrepresentativt standardiseringsmaterial	(806)	.67	.68	.64	.72
Normalgrupp (vårdpersonal)	(840)	.67	.66	.62	.72
Patientmaterial	(469)	.67	.69	.69	.80

Signifikansangivelser: Samtliga  $p < .001$ .

Stabiliteten över tid beräknades för 48 narkotikamissbrukare både under avgiftning och efter i genomsnitt sex år i en femårsuppföljning av ett representativt material med 125 patienter (Fridell 1998; Fridell, Hesse & Johnsson 2006), samma grupp testad vid femårsuppföljning och vid 15-årsuppföljning, samt ett representativt sampel av kvinnor i LVM- och LVU-vård jämförda mellan indexvårdtillfälle och femårsuppföljning ( $n=104$ ). Stabilitetsmåten redovisas i tabell 5b.

**TABELL 5B.**

Stabilitet Cronbach's Alpha, vid omtestning av patienter över tre retestintervall.

Cronbach's Alpha	Antal	OOC	OPC	ARC	OCC
Narkotikamissbrukare (cirka 6 år)	(48)	.65**	.71***	.54**	.65**
Narkotikamissbrukare (10 år)	(65)	.62***	.52***	.46***	.29*
Kvinnor i LVM-/LVU-vård (5 år) (104)		.42***	.44***	.54***	.44***

Signifikansangivelser: P < .05\*, p < .01\*\*, p < .001\*\*\*.

Trots de långa intervallen och de förändringar som har ägt rum i gruppen under uppföljnings-tiden, är korrelationen mellan testningarna, som framgår av tabell 5b, höga. För missbrukare innebär större intervaller möjliga förändringar i till exempel drogfrihet eller symtomreduktion över tid som kan tänkas inverka på retestreliabiliteten. Stabiliteten i gruppen kvinnor är marginellt lägre än för den blandade gruppen narkomaner, vilket kanske kan bero på att gruppen kvinnor innehåller både kvinnor på i genomsnitt 18 år och de med en medelålder av cirka 28 år. För den här gruppen kvinnor i LVM-vård visar jämförelser inom gruppen icke drogfria de senaste 30 dagarna enligt DOK inga skillnader i BCT-variablerna efter fem år. Däremot finns för gruppen drogfria kvinnor efter fem år en signifikant ökning av analt reaktiva drag (p < .02) och en minskning av oralt pessimistiska drag över tid, p < .03 (Fridell, Billsten, Jansson & Amylon, 2009). Förändringarna kan här betraktas som gynnsamma, ibland kopplade till ökad drogfrihet.

## Interkorrelationer

Som framgår av tabell 6a–6c är interkorrelationer mellan BCT-testets fyra variabler relativt låga. De två orala karaktärsdragen: Oral Optimism och Oral Pessimism, är beroende av varandra både totalt och för könen separat.

**TABELL 6A.**

Interkorrelationer för BCT-variabler (råpoäng) och korrelation med ålder (n=806).

För 20 personer saknas uppgift om ålder.

Variabel	Ålder	OOC	OPC	ARC
OOC	-.185***			
OPC	-.305***	-.007		
ARC	.221***	-.159***	.001	
OCC	-.197***	-.165***	.311***	.177***

**TABELL 6B.**

Interkorrelationer för BCT-variabler (råpoäng) och korrelation med ålder för kvinnor (n=416).

Variabel	Ålder	OOC	OPC	ARC
OOC	-.198**			
OPC	-.320***	-.016		
ARC	.198***	-.149**	.054	
OCC	-.227***	-.182***	.337***	.255***

**TABELL 6C.**

Interkorrelationer för BCT-variabler (råpoäng) och korrelation med ålder för män (n=390).

Variabel	Ålder	OOC	OPC	ARC
OOC	-.158**			
OPC	-.312***	-.051		
ARC	.258***	-.187***	-.037	
OCC	-.159**	-.154**	.295***	.085

Signifikansangivelser, alla tre tabellerna: P < .05\*, p < .01\*\*, p < .001\*\*\*.

Oralt optimistiska karaktärsdrag korrelerar som väntat svagt negativt med de mer patologiindikerande variablerna ARC och OCC. Oralt pessimistiska karaktärsdrag (OPC) korrelerar måttligt svagt med OCC.

Korrelationerna är lika för båda könen. Ålder korrelerar negativt med OOC, OPC och OCC, samt positivt med ARC. De två variablerna OCC och OPC är inte korrelerade med varandra medan OPC och OCC är svagt men signifikant korrelerade för bägge könen. Med stigande ålder blir individerna mindre oralt optimiska, pessimistiska och omnipotent kompulsiva, men något mer analt reaktiva. Dessa förändringar torde indikera lägre laddningar i variabler som är direkt relaterade till samspel med andra människor (OOC och OPC) och en ökande trend mot ordning eller rigiditet i ARC. Den sista förändringen kan tänkas vara generellt åldersrelaterad. En tabell över interkorrelationer mellan BCT-variabler i standardiseringsmaterialet (n=806) för både råpoäng och standardpoäng redovisas i appendixtabell A.6.

## Könsskillnader

Det finns få signifikanta skillnader i råpoäng mellan kvinnor och män i standardiseringsmaterialet (tabell A.7 och A.8 i appendix). Medelvärden och spridningar för män och kvinnor redovisas i appendix tabell A.7 och A.8 för de två versionerna av BCT. Kvinnor ligger högre på Oral Optimism än män ( $p < .006$ ), något lägre på Oral Pessimism än män ( $p < .002$ ) och något högre på Anal Reaktivitet än män ( $p < .047$ ). Som framgår i bägge tabellerna, försvinner skillnaderna efter korrigerig med T-poäng.

## Normering

Även om könsskillnader i BCT-variablerna är relativt små, har vid normeringen beräknats staninepoäng för respektive kön. Omräkningen till staninepoäng sker enligt tabellerna 7a och 7b. Materialets storlek tillåter inte beräkning av staninepoäng med korrektion för ålder.

**TABELL 7A.**

Staninepoäng för kvinnor (60-itemsversionen), (n = 414).

Stanine	OOC	OPC	ARC	OCC
1	0 – 3	–	0 – 3	0
2	3,5 – 5	0	3,5 – 4	0,5 – 1
3	5,5 – 6	0,5 – 1	4,5 – 6	1,5 – 2
4	6,5 – 8	1,5 – 2	6,5 – 8	2,5 – 4
5	8,5 – 9	2,5 – 3	8,5 – 9	4,5 – 6
6	9,5 – 11	3,5 – 5	9,5 – 11	6,5 – 7
7	11,5 – 12	5,5 – 6	11,5 – 12	7,5 – 9
8	12,5 – 13	6,5 – 8	12,5 – 13	9,5 – 11
9	13,5 – 15	8,5 – 15	13,5 – 15	11,5 – 15

TABELL 7B.

Staninepoäng för män (60-itemsversionen), (n=390).				
Stanine	OOC	OPC	ARC	OCC
1	0 – 3		0 – 2	0
2	3,5 – 4	0	2,5 – 4	0,5 – 1
3	4,5 – 6	0,5 – 1	4,5 – 5	1,5 – 2
4	6,5 – 7	1,5 – 2	5,5 – 7	2,5 – 3
5	7,5 – 9	2,5 – 4	7,5 – 9	3,5 – 5
6	9,5 – 10	4,5 – 5	9,5 – 10	5,5 – 7
7	10,5 – 11	5,5 – 7	10,5 – 12	7,5 – 9
8	11,5 – 13	7,5 – 9	12,5 – 13	9,5 – 11
9	13,5 – 15	9,5 – 15	13,5 – 15	11,5 – 15

För att korrigera även för ålder har vi med tabell 8 som grund beräknat linjära T-poäng för respektive kön och åldersgrupp. Med T-poäng försvinner även sambanden med ålder (se tabell A.6 i appendix). Både T-poäng och staninepoäng finns beräknade.

TABELL 8.

Medelvärden och spridningar för BCT-variabler i standardiseringsmaterialet uppdelat på fyra åldersgrupper och kön (n=806). Underlag för beräkning av T-poäng.

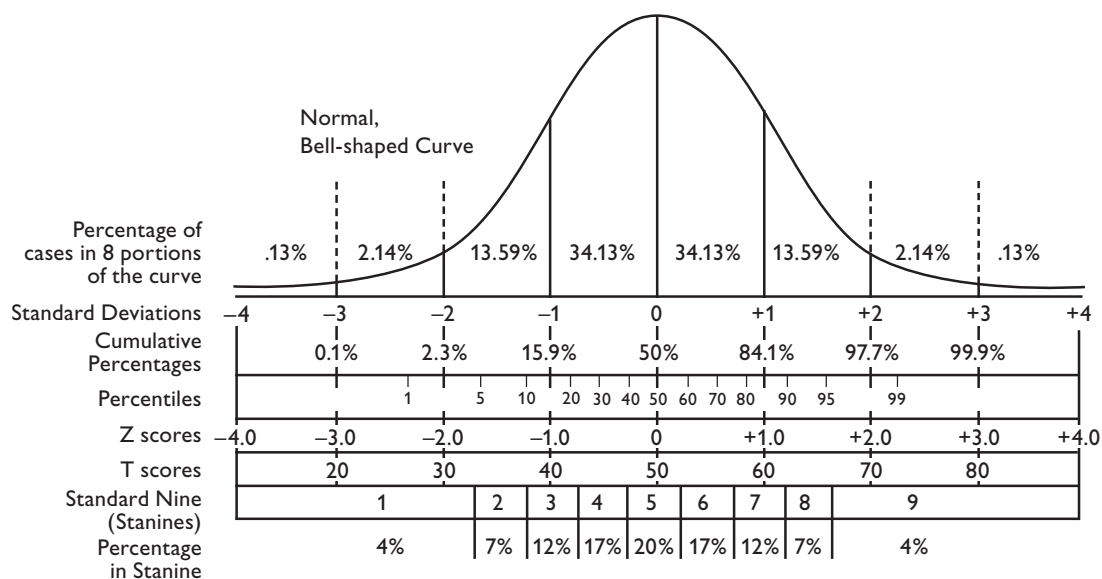
Ålder	Kön	n	OOC		OPC		ARC		OCC	
			m	s	m	s	m	s	m	s
<= 25,5	Women	38	9,68	2,47	4,68	2,65	7,82	3,23	9,88	4,119
	Men	36	9,28	2,81	5,56	2,77	4,70	2,65	9,33	3,189
25,6 – 45,5	Women	145	3,24	2,56	5,88	3,246	6,22	2,74	8,25	3,663
	Men	110	3,66	2,66	6,30	3,198	6,22	3,174	7,33	3,291
45,6 – 65,5	Women	158	12,52	3,010	4,65	2,717	9,92	3,130	7,08	3,285
	Men	163	11,54	2,936	5,49	3,062	9,64	3,262	7,25	3,616
> 65,5	Women	73	11,04	3,268	4,25	2,188	10,74	3,050	7,43	3,543
	Men	81	11,20	3,153	4,54	2,840	10,65	2,932	6,80	3,108

Av tabell 8 framgår medelvärden och spridningar för råpoäng, staninepoäng och T-poäng i det sammanslagna normalmaterialet samt den enskilda mätningens medelfel jämte statistisk prövning av könsskillnader för BCT-variablerna (n=806) i 60-itemsvarianten. Några vanliga standardiseringsmått beskrivs i figur 1 nedan. De som har relevans för oss är främst stanine- och T-poäng.



## Normer

I figur 1 nedan redovisas hur olika standardiseringspoäng fördelar sig i relation till normalfördelningen. Linjära T-poäng har medelvärde 50 och standardavvikelse 10. Det gör att drygt 68 procent av fördelningen hamnar inom den första standardavvikelsen. För stanine med medelvärdet 5 och standardavvikelsen 2, blir det 54 procent som hamnar inom en standardavvikelseenhet och så vidare.



FIGUR 1.

Medelvärden och standardavvikelser fördelning för olika standardiseringspoäng. Av relevans här är linjära T-poäng och staninepoäng som använts vid standardisering.

För att ett test ska vara användbart också för individuell prediktion krävs att den enskilda mätningens medelfel (SEM) ligger inom standardavvikelserna för T-poängen ( $St=10$ ) och stanine-poängen ( $St=2$ ). Beräkningen av SEM redovisas i tabell 9 nedan.

TABELL 9.

Råpoäng, stanine- och T-poäng för standardiseringsmaterialet samt t-test för skillnader mellan könen (n/kvinnor =416, n/män=390) – 60-itemsversion.

VARIABLER	Medelvärde			Standardavvikelse			t	SEM
	Women	Men	Tot	Women	Men	Tot		
OOC	9,96	8,34	8,67	2,91	2,87	2,91	3,06**	1,67
OPC	3,24	3,66	3,45	2,56	2,65	2,61	2,28*	1,48
ARC	8,83	8,32	8,59	3,02	3,03	3,04	2,37*	1,82
OCC	5,51	5,10	5,31	3,25	3,09	3,18	1,86#	1,68
OOC-stanine	5,03	4,62	5,02	2,04	1,95	2,03	2,93**	1,11
OPC-stanine	4,86	5,19	4,92	1,94	1,95	1,87	2,39*	1,05
ARC-stanine	5,00	4,70	5,01	1,98	1,97	1,93	2,17*	1,15
OCC-stanine	5,03	4,79	5,06	1,96	1,93	2,00	1,74	1,20
OOC-T-poäng	50,0	50,0	50,0	9,99	10,01	10,35	0,004	5,94
OPC-T-poäng	50,0	50,0	50,0	9,99	10,01	10,03	0,077	5,85
ARC-T-poäng	50,0	50,0	50,0	9,99	9,99	9,94	0,070	5,96
OCC-T-poäng	50,1	50,0	50,0	9,89	9,89	9,95	0,072	5,27

Signifikansangivelser: Statistisk tendens  $p < .10$  #,  $p < .05$ \*,  $p < .01$ \*\* ,  $p < .001$ \*\*\*.

Den enskilda mätningens medelfel (SEM) ligger på samma nivå för råpoängen i såväl den kortare som i den längre av BCT-versionerna. Vidare ligger SEM inom standardavvikelsen, omkring 5–6 enheter för T-poäng och strax över 1 för staninepoäng. Den enskilda mätningens säkerhet ligger därmed inom spridningsmättet för respektive poäng. Det gör att vi kan använda testet också för individuell prediktion.

# Validering

Förutom faktoranalysen som prövning av konstruktions validitet (Construct Validity), använder vi oss i huvudsak av gruppjämförelser av olika kliniska grupper och syndrom samt jämförelser med andra i sammanhanget relevanta test och skalor för prövning av både konstruktions- och samtidig validitet.

## Gruppjämförelser

Inom normalmaterialet jämfördes det tidigare beskrivna standardiseringsmaterialet och de fyra yrkesgrupperna (n=1 828). Se tabell 1 ovan. Vidare jämförs inom patientmaterialet individerna i de tre diagnostiska grupperna (1:a diagnos enligt DSM-IV): drogmissbrukare, alkoholmissbrukare och allmänpsykiatriska patienter med olika diagnoser, totalt 1 148 personer (tabell 2 ovan).

### **Normalmaterial**

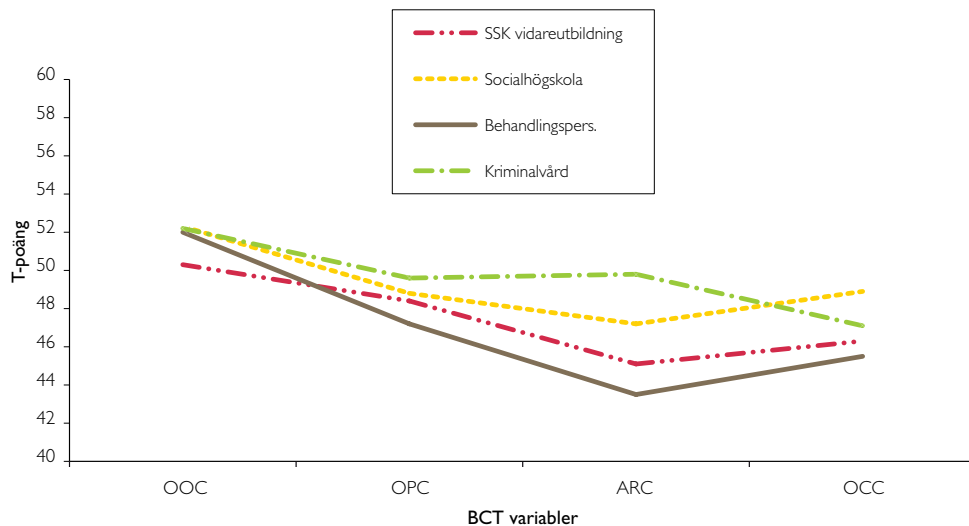
De grupper i normalmaterial som vi jämför är det representativa rikssamplet och personalmaterialet med de fyra yrkesgrupperna: sjuksköterskor, socialhögskolestuderande, behandlingspersonal och kriminalvårdspersonal. För yrkesgrupperna insamlades testet gruppvis och anonymt i samband med undervisnings- och kursverksamhet på ett trettiotal orter spridda över landet. I appendix tabell A.7 redovisas medelvärden och spridningar samt jämförelser mellan könen. I A.8 redovisas de vårdorienterade grupperna uppdelade på kön och i A.9 uppdelade på respektive yrke.

TABELL 10.

Univariata variansanalyser och post-hoc-jämförelser enligt Tukey mellan standardiseringsmaterialet och undergrupperna i personalmaterialet (n=1.828). T-poäng.

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared d	Riktning i medelvärdesdifferensen	Signifikansnivå
	F	p			
Oral Optimism (OOC)	4,83	.001	.011	Stand.mat < Socialhögskolan Stand.mat < behandlingspersonal	p < .015 p < .003
Oral Pessimism (OPC)	7,02	.000	.015	Stand.mat > behandlingspersonal	p < .000
Analt Reaktiv	36,3	.000	.075	Stand.material > SSK Stand.material > Socialhögskolan Stand.material > behandlingspersonal Kriminalvård > SSK Kriminalvård > behandlingspersonal Socialhögsk > behandlingspersonal	p < .000 p < .001 p < .000 p < .037 p < .000 p < .000
Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC)	21,37	.000	.045	Stand.material > behandl.personal Stand.material > SSK SSK < Socialhögskolan Behandlingspers < Socialhögskolan	p < .000 p < .000 p < .046 p < .000

Den multivariata analysen visar att grupperna i personalmaterialet skiljer sig signifikant åt (Wilk's Lambda=.915, p < .000), Eta-squared =.043. I de univariata jämförelserna skiljde samtliga BCT-variabler signifikant mellan grupperna. Det är framför allt standardiseringsmaterialet som skiljer sig från de övriga grupperna.



FIGUR 2.  
BCT-variabler i fyra yrkesgrupper (n=1 022).

Socialhögskolan och behandlingspersonal ligger högre på OOC än standardiseringsmaterialet och behandlingspersonal ligger lägre på OPC än standardiseringsmaterialet. Vidare ligger sjuksköterskor, socialhögskolestuderande och behandlingspersonal lägre på ARC än standardiseringsmaterialet. Slutligen ligger såväl sjuksköterskor som annan behandlingspersonal lägre än standardmaterialet på OCC. Gruppen kriminalvårdspersonal skiljer sig inte signifikant från standardiseringsgruppen. I jämförelser mellan de olika yrkesgrupperna ligger kriminalvård högre än både SSK, behandlingspersonal och Socialhögskolan på ARC. Därutöver ligger Socialhögskolan högre än SSK och behandlingspersonal på OCC.

Gruppjämförelserna beräknades med T-poäng för att korrigera för kön och ålder. Skillnader för BCT mellan grupperna kan därför inte förklaras av köns- och åldersskillnader.

Slutsatsen är att vid jämförelser av grupper som är någorlunda homogena beträffande åldern, kan staninepoäng användas. Jämförs grupper som skiljer sig i ålder bör T-poäng användas. I redovisningen av statistiska jämförelser använder vi som regel T-poäng vid beräkningarna för att samtidigt korrigera för både ålder och kön.

### **Patientmaterial**

I patientmaterialet ingår missbrukare som största grupp, till större delen patienter med drogberoende i olika faser av sin "karriär" (tabell 11). Vanligen utgör andelen kvinnor cirka 33 procent i behandlade patientmaterial, medan i detta material nästan lika stora delar utgjordes av kvinnor och män. Vår jämnare könsfördelning beror på att materialen hämtats från olika behandlingshem, där några av behandlingshemmen vårdar enbart kvinnor. Den allmänpsykiatriska patientgruppen består av patienter från en allmänpsykiatrisk vårdavdelning, och från avdelningar med patienter med depressionssjukdomar och/eller suicidproblematik samt patienter i psykiatrisk öppenvård. Diagnostisk gruppering enligt DSM-III-r eller DSM-IV av dessa patienter framgår av tabell 11. Ätstörningar som eljest betecknas som en allmänpsykiatrisk grupp redovisas separat i våra beräkningar eftersom denna grupp är speciellt intressant utifrån teorin.

**TABELL 11.**

Förstadiagnos enligt DSM-III-R eller DSM-IV i patientmaterialet (n=1 185).

	Subgrupp	Totalt
Drogberoende & missbruk		784
Alkoholberoende & missbruk		159
Ätstörningar		29
Allmänpsykiatriska patienter		213
Neurotiska störningar	17	
Förstämmningssyndrom	74	
Schizofreni	13	
Paranoida syndrom	11	
Anpassningsstörningar/kris	21	
Dysthymia	12	
Depression/UNS	22	
Övriga	25	
Ej axel-1-diagnos	18	
<b>TOTALT</b>	<b>213</b>	<b>1 185</b>

En stor grupp bland främst missbrukarna har förutom sin missbruksdiagnos någon annan psykiatrisk diagnos. För att utnyttja materialet maximalt har dessa psykiatriska diagnoser lagts till axel-1-diagnoserna i tidigare tabell. Då antalet patienter i några diagnosgrupper var litet, har DSM-III-r- och DSM-IV-diagnoser i tabell 11 slagits samman till fem bredare kategorier. Detta utökade material (n=300) presenteras i tabell 12. Missbrukargruppen utmärks av en mycket hög andel patienter med personlighetsstörning, axel-II (se Fridell 1996a, 1996b, 1998).

**TABELL 12.**

Frekvenser av axel-I-diagnos enligt första diagnos DSM-III-R eller DSM-IV kompletterad med andradiagnos i patientmaterialet (n=1 185).

	Subgrupp	Totalt
Drogberoende & missbruk		697
Alkoholberoende & missbruk		159
Ätstörningar		29
Allmänpsykiatriska diagnoser		300
Schizofreni	42	
Paranoida syndrom	26	
Förstämmning/dysthymi	109	
Ängest/depression/UNS	84	
Organiska/toxiska/övriga	39	
<b>TOTALT</b>	<b>300</b>	<b>1 185</b>

Förekomst av personlighetsstörning i de diagnostiska kategorierna presenteras i tabell 13.

**TABELL 13.**

Personlighetsstörning enligt DSM-III-R eller DSM-IV i patientmaterialet (n=1 185).

	Drogmissbruk	Alkoholmissbruk	Allmänpsykiatriska pat
Ej personlighetsstörning	157	38	117
Udda personlighetsstörning	59	1	4
Dramatisk personlighetsstörn	258	12	11
Känslig personlighetsstörn	82	4	8
UNS/Atypisk	5	3	16
Personlighetsdiagnos saknas	223	101	57
<b>TOTALT</b>	<b>784</b>	<b>159</b>	<b>213</b>

Såväl för de 57 patienterna i gruppen allmänpsykiatriska patienter som för de 29 patienterna med ätstörning har personlighetsstörning inte bedömts, trots att den typen av diagnoser sannolikt är mycket vanligt förekommande.

För att kontrollera om de fyra diagnosgrupperingarna i patientmaterialet skiljde sig inbördes beträffande BCT-variabler, beräknades en MANOVA (multivariat variansanalys) med efterföljande univariata analyser (se tabell 14 nedan). På grund av ålderskillnaden mellan de tre grupperna beräknades MANOVA på T-poäng. ANOVA (variensanalys) för ålder gav  $F=1,207$ ,  $p < .000$ . Gruppen drogmissbrukare var yngst ( $m=30,7$ ), följd av allmänpsykiatriska patienter ( $m=40,9$  år) medan alkoholmissbrukargruppen var äldst ( $m=47,8$  år).

Följande analys visade att BCT-variablerna särskiljde diagnosgrupperna signifikant, Wilk's Lambda =  $.4,34$ ,  $p < .000$ . Eta-squared =  $.015$ . I de univariata jämförelserna skiljde tre av fyra BCT-variabler (OOC, ARCC och OCC) signifikant mellan grupperna medan OPC visar en statistisk tendens.

Tabell 14 visar att alkoholmissbrukargruppen ligger högst på Oral Optimism och lägre än övriga grupper på Oral Pessimism. Drogmissbrukarna ligger relativt högt på Oral Optimism och lägst på variabeln Analt Reaktiv Karaktär. Ätstörningar är lägst för Oral Optimism och högst för övriga tre mer patologiindikerande variabler: OPC, ARC och OCC. I variabeln ARC skiljer sig ätstörningar signifikant från de tre övriga grupperna.

**TABELL 14.**

Univariata variansanalyser och post-hoc-jämförelser enligt Tukey mellan de fyra diagnosgrupperingarna i patientmaterialet beräknat på T-poäng (n=1 185).

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared	Riktning på medelvärdesdifferensen	Signifikansnivå
	F	p			
OOB	4,89	.002	.013	Drogmissbruk > Allm.psyk pat Alkoholmissbruk > Allm.psyk pat	p < .013 p < .040
OPC	2,27	.078	.006	Ätstörningar > Alkoholmissbrukare	P < .049
ARC	8,78	.000	.022	Drogmissbruk < Allm.psyk pat Drogmissbruk < Ätstörningar Alkoholmissbruk < Ätstörningar Allmänpsykiatri < Ätstörningar	p < .010 p < .000 p < .024 p < .039
OCC	3,98	.008	.010	Drogmissbrukare < Allm.psyk pat	P < .008

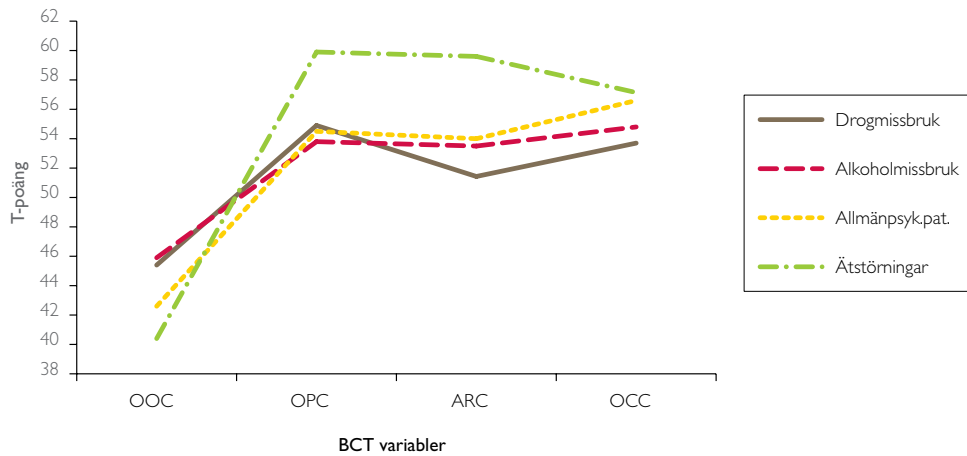
**TABELL 15:**

Diskriminantanalys för de fyra diagnostiska grupperna i patientmaterialet (n=1 185) med andelen för varje grupp uttryckt procentuellt för BCT-skalorna.

	Drogmissbruk	Alkoholmissbruk	Allmänpsykiatr patienter	Ätstörningar	Totalt
Drogmissbruk	34,0	21,7	20,6	23,7	
Alkoholmissbruk	25,8	28,5	21,2	24,5	
Allmänpsyk pat	24,4	20,0	23,9	31,7	
Ätstörningar	7,1	7,1	17,9	67,9	
<b>Totalt</b>					<b>32,3</b>

Kanonisk diskriminantanalys (tabell 15) visar att BCT-testet inte predicerar vilken klinisk grupp patienterna placeras i särskilt bra. Bara cirka 32 procent av patienterna placeras rätt. Prediktionen är bäst för ätstörningar, där 68 procent placeras i korrekt grupp. Step-wise-analys för alla grupperna tar ut BCT-variablerna ARC och OOB, och predicerar 34 procent korrekt. Nedanstående figur illustrerar de inbördes relationerna mellan de fyra syndromen (figur 3).





**FIGUR 3.**  
De fyra BCT-variablerna i fyra diagnostiska grupper (n=1 186).

En multivariat variansanalys (MANOVA) mellan diagnoser i gruppen allmänpsykiatriska patienter: schizofreni, paranoida, förstämning/dysthymi, ångest/depression, toxiska/organiska samt övriga störningar (tabell 12, appendixtabell A.11 och A.12) visade inga signifikanta skillnader.

Utökar vi gruppen genom att också ta med missbrukare som har en komorbid axel-I-diagnos, blir skillnaden mellan grupperna signifikant, Wilk's Lambda = 868,272,  $p < .001$ .

TABELL 16.

Univariata variansanalyser och post-hoc-jämförelser enligt Tukey mellan de fem diagnosgrupperna i patientmaterialet baserat på axel-I-diagnoser och beräknat på T-poäng (n=300).

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared	Riktning på medelvärdesdifferensen	Signifikansnivå
	F	p			
OO)	0,996	.410	.014		n.s.
OPC	1,878	.114.	.026		n.s.
ARC	3,996	.004	.053	Förstämning/dysthymi < Ångest/depression	p < .008
OCC	1,374	.243	.019		n.s.

Univariat analys visar att det är ARC som signifikant skiljer mellan grupperna (se tabell 16). Post-hoc-analys visar att förstämning/dysthymi skiljer sig signifikant från ångest/depression UNS (p = .008). Variablerna OOC, OPC och OCC differentierar däremot inte mellan diagnosgrupperna. Kanonisk diskriminantanalys placerar 28 procent av gruppen korrekt och med step-wise är det ARC som placerar mest korrekt (36 procent).

Jämförs patienter som vårdats för suicidförsök med patienter inom psykiatrin som inte rapporterat suicidförsök, finner man signifikanta skillnader i två BCT-variabler. Det som är mest karakteristiskt är de låga värdena på Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC) i gruppen med suicidförsök. Suicidpatienterna ligger också lägre på Oral Pessimism än gruppen allmänpsykiatriska patienter utan känt suicidförsök (se tabell 17).

TABELL 17.

Univariata variansanalyser mellan allmänpsykiatriska patienter med suicidförsök (n=92) och allmänpsykiatriska patienter utan dokumenterat eller känt suicidförsök (n=124).

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared	Riktning på medelvärdesdifferensen
	F	p		
OO)	0,76	.384	.004	
OPC	4,12	.044.	.019	Suicidpatienter < Allmänpsyk pat
ARC	0,00	.991	.000	
OCC	12,33	.001	.054	Suicidpatienter < Allmänpsyk pat

Dessa skillnader återfinns inte i ett sampel av narkomaner (n=125) där 92 personer intervjuats vid femårsuppföljning och 45 redovisat självmordsförsök, medan 47 inte redovisat något självmordsförsök. Det är viktigt att notera att narkomanerna (Johnsson & Fridell 1997, 1999) rapporterade om *samliga* suicidförsök de gjort under ett livslopp, medan de allmänpsykiatriska patienterna med suicidförsök vårdades för ett *aktuellt* suicidförsök. Aktualiteten i självmordsförsöket kan således ha skiljt sig mellan grupperna (Johnsson 2002).

### Jämförelser mellan normal- och patientmaterialet

En multivariat variansanalys (MANOVA) mellan standardiseringsmaterialet (rikssampel) och patientmaterial av de fyra variablerna i BCT gav en signifikant Wilk's Lambda = .915,  $p < .000$ , Eta-squared=.085. Grupperna skiljde sig högst signifikant åt, vilket bekräftades av univariata analyser (tabell 18) där samtliga variabler gav signifikanta resultat.

**TABELL 18.**

Univariata jämförelser mellan standardiseringsmaterialet (n=806) och patientmaterialet (n=1 185). T-poäng. Missing Values är exkluderade i tabellerna.

BCT-variabler	Standardiseringsmaterial		Patientmaterial		F-värde	Eta-squared
	m	Sd	m	Sd		
Oralt Optimistisk Karaktär	50,0	9,92	44,8	11,60	107,14***	.052
Oralt Pessimistisk Karaktär	50,0	9,95	54,8	11,57	90,65***	.044
Analt Reaktiv Karaktär	50,0	9,91	52,4	10,56	25,22***	.013
Omnipotent Kompulsiv Karakt	50,0	9,94	54,5	11,67	76,75***	.038

Signifikansnivåer: \*\*\* =  $p < .001$ .

Jämförs patientmaterialet med personalmaterialet (mest bestående av vårdpersonal i vid mening) blir skillnaderna ännu större än vid jämförelser med standardiseringsmaterialet. Multivariat variansanalys (MANOVA) mellan detta personalmaterialet och patientmaterialet gav en signifikant Wilk's Lambda = .785,  $p < .000$ , Eta-squared=.215.

Alla fyra BCT-variablerna skiljer högst signifikant mellan grupperna (se tabell 19). I personalmaterialet saknas ålder för 22 personer, vilket där omöjliggör beräkning av T-poäng. Personalmaterialet i nedanstående tabell består därför av 1 000 personer.

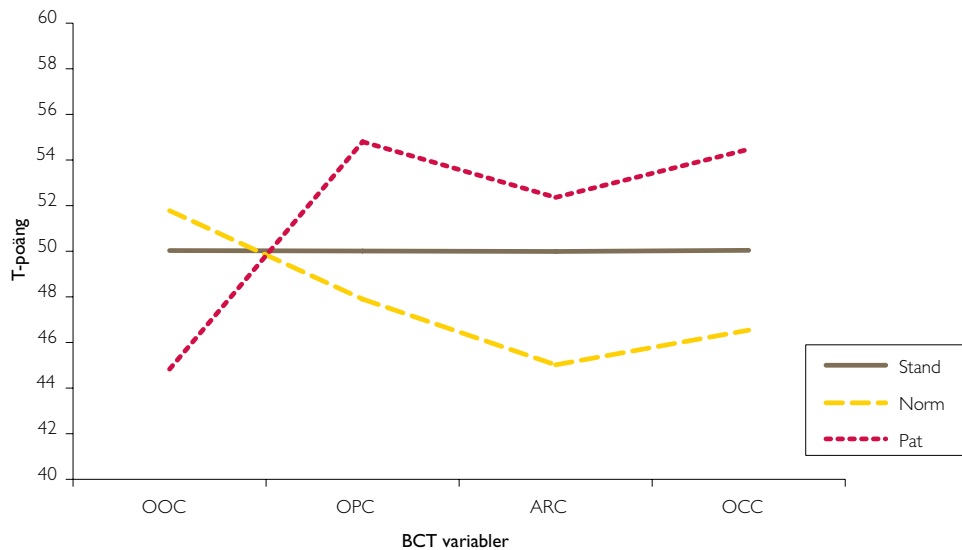
TABELL 19.

Univariata jämförelser mellan det övriga personalmaterialet (n=1 000) och patientmaterialet.

BCT-variabler	Standardiseringsmaterial		Patientmaterial		F-värde	Eta-squared
	m	Sd	m	Sd		
Oralt Optimistisk Karaktär	51,8	9,68	44,8	11,60	223,88***	.094
Oralt Pessimistisk Karaktär	47,9	9,54	54,8	11,57	223,52***	.094
Analt Reaktiv Karaktär	45,0	10,20	52,4	10,56	267,33***	.111
Omnipotent Kompulsiv Karaktär	46,5	8,95	54,5	11,67	305,64***	.124

Signifikansnivåer: \*\*\* =  $p < .001$ .

I figur 4 (nedan) presenteras profilerna (T-poäng) för personalgruppen respektive patientgruppen, och i efterföljande tabell 20 redovisas testets prediktionsförmåga för normal- och patientgruppen.



FIGUR 4.

De fyra variablerna i BCT-testet för personalmaterialet (det gamla normeringsmaterialet, norm), det nya standardiseringsmaterialet (stand) samt patientmaterialet (pat).

**TABELL 20.**

Diskriminantanalys för rikssampel plus personalmaterialet (1 828) och patientmaterialet (n=1 185) med BCT-skolor (procent).

Observerad gruppstillhörighet	Predicerad gruppstillhörighet		
	Normal	Patient	Totalt
Normal	71,6	28,4	
Patient	27,2	72,8	
<b>TOTALT</b>			<b>72,3</b>

BCT-testet placerar 72 procent av den totala gruppen i rätt kategori, vilket bör noteras eftersom BCT-formuläret inte i första hand är avsett att diskriminera mellan normala och patologiska grupper. Step-wise-diskriminantanalys tar ut samtliga fyra variabler med exakt samma prediktion<sup>2</sup>.

### Global Assessment of Functioning – GAF

Inom patientgruppen bedömdes en del patienter (n=132) med skalan Global Assessment of Functioning (GAF), som är ett totalmått på allmän funktionsnivå (sidan 105). Delar man gruppen i en över och en under medianen, (md=67,6) visar en MANOVA statistisk signifikans för två av BCT-variablerna (Wilk's Lambda = 0,919,  $p < .029$ ). Univariata analyser visar att patienter över medianen på GAF ligger signifikant högre på Oral Pessimism (OPC) och på Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC). Också denna skillnad demonstrerar att BCT diskriminerar mellan mer patologiskt belastade och mindre patologiskt belastade patienter.

**TABELL 21.**

Univariata jämförelser mellan patienter under medianen för GAF (n=63) respektive över (n=67) medianen för GAF = 67,6.

BCT-variabler	Under medianen		Över medianen		F-värde	Eta-squared
	m	Sd	m	Sd		
Oralt Optimistisk Karaktär	47,1	10,48	48,0	10,77	.195	.001
Oralt Pessimistisk Karaktär	57,2	10,57	52,6	10,58	6,336*	.046
Analt Reaktiv Karaktär	52,8	10,54	52,6	8,99	.007	.000
Omnipotent Kompulsiv Karaktär	55,5	11,19	50,5	9,66	7,653*	.006

Signifikansnivåer: \* =  $p < .05$ .

<sup>2</sup> Man brukar i normalbefolkningen räkna med att cirka 30 procent är falskt positiva, det vill säga söker medicinsk vård utan att ha någon diagnos (Ottosson 2004).

TABELL 22.

Diskriminantanalys för patienter under (n=63) respektive över (n=67) medianen för GAF. I tabellen redovisas procent i respektive fält.

Observerad grupptillhörighet	Predicerad grupptillhörighet	
	Under medianen	Över medianen
Under medianen för GAF	63,1	36,9
Över medianen för GAF	38,8	61,2
TOTALT	62,0	

Sextiotvå procent av patienterna placeras med kanonisk diskriminantanalys i rätt GAF-grupp. En step-wise-analys tar ut endast variabeln OCC och placerar då 59 procent av patienterna rätt.

### Personlighetsstörningar

Det relativt stora antalet patienter med personlighetsstörning (tabell 13) ger oss möjlighet att studera BCT-testets förmåga att diskriminera mellan olika grupper av personlighetsstörningar respektive predicera grupptillhörigheten. Först jämförs patienter med diagnostiserad personlighetsstörning med de bedömda som "ej personlighetsstörning". Därefter jämförs patienter i de tre klustren enligt DSM-III-R/IV: "udda", "dramatiska" och "känsliga". Slutligen jämförs de enstaka personlighetsdiagnoserna med varandra (n=795).

BCT-testets diskrimineringsförmåga mellan patienter med bedömd personlighetsstörning (n=479) och de som inte fick någon personlighetsstörningsdiagnos (n=316) analyserades med MANOVA som gav en signifikant Wilk's Lambda = 0,965,  $p < .000$  och Eta-squared=.035.

TABELL 23.

Univariata variansanalyser och post-hoc-jämförelser mellan patienter bedömda med personlighetsstörning enligt DSM-III-R/IV (n=479) respektive ej personlighetsstörning (n=316).

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared	Riktning i medelvärdesdifferensen
	F	p		
(OOC)	1,144	.285	.001	
(OPC)	27,032	.000	.033	Personlighetsstörning > ej personlighetsstörning
(ARC)	0,115	.735	.000	
(OCC)	5,307	.021	.007	Personlighetsstörning > ej personlighetsstörning

I de univariata analyserna låg individer med personlighetsstörning högre på Oralt Pessimistisk Karaktär (OPC) och Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC), än individer utan personlighetsstörning. Kanonisk diskriminantanalys placerar 55,3 procent av patienterna i rätt kategori. Step-wise-analys tar ut OPC som predicerande variabel (55,2 procent), se tabell 23. Diskrimineringen av olika personlighetsstörningar redovisas i appendixtabellerna A.13 till A.16. En multipel diskriminantanalys, kanonisk variant, placerar 55,3 procent av fallen korrekt jämfört med step-wise som placerar 55,2 procent av fallen rätt. Det är variabeln OPC som tas ut i step-wise.

### DSM-III-R – Personlighetsstörningskluster

I tabell 24 nedan görs univariata jämförelser av de tre klustren i DSM-III-R/IV med BCT-testets fyra variabler. En MANOVA ger en Wilk's Lambda = 0,881,  $p < .000$ . Av tabellen framgår att klustret "dramatiska" är mer oralt optimistiska än de bägge andra. Sensitivt kluster är minst oralt pessimistiska och klustret "udda" är mest analt reaktiva av samtliga kluster samt mer omnipotent kompulsiva än klustret "dramatiska". I tabell 25 redovisas diskriminationsförmågan av personlighetsstörningar när klustret "atypiska" har lagts till övriga kluster. MANOVA visar en Wilk's Lambda = 0,885,  $p < .000$ , Eta squared=.040.

TABELL 24.

Univariata variansanalyser och post-hoc-jämförelser enligt Tukey mellan de tre klustren av personlighetsstörning enligt DSM-III-R/IV i patientmaterialet (n=479).

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared	Riktning i medelvärdesdifferensen	Signifikansnivå
	F	p			
Oral Optimism (OOC)	14,92	.000	.064	Dramatiska > udda Dramatiska > sensitiva	$p < .001$ $p < .000$
Oral Pessimism (OPC)	7,633	.001	.034	Sensitiva < udda Sensitiva < dramatiska	$p < .000$ $p < .020$
Analt Reaktiv Karaktär (ARC)	3,088	.047	.014	Udda > dramatiska Udda > sensitiva	$p < .057\#$ $p < .063\#$
Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC)	3,961	.020	.018	Udda > dramatiska	$p < .018$

I en kanonisk diskriminantanalys placerades 47,2 procent av patienterna i rätt kategori. Step-wise-analys tar ut OOC och OPC och grupperar 47,7 procent rätt.

**TABELL 25.**

Univariata variansanalyser och post-hoc-jämförelser enligt Tukey mellan fyra kluster av personlighetsstörning: de tre klustren plus gruppen "atypiska/UNS" enligt DSM-III-R/IV i patientmaterialet (n=479).

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared	Riktning i medelvärdesdifferensen	Signifikansnivå
	F	p			
Oral Optimism (OOC)	10,731	.000	.063	Dramatiska > udda Dramatiska > sensitiva Dramatiska > atypiska	p < .001 p < .000 p < .042
Oral Pessimism (OPC)	5,102	.002	.031	Sensitiva < udda Sensitiva < dramatiska	p < .001 p < .037
Analt Reaktiv Karaktär (ARC)	2,035	.108	.013	Udda > dramatiska	p < .104#
Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC)	2,951	.032	.018	Udda > dramatiska	p < .037

Lägger man till klustren också individer med "atypisk" störning (atypisk, masochistisk och UNS), kvarstår de tidigare beskrivna skillnaderna. Atypiska skiljer sig bara beträffande OOC där de ligger lägre än de dramatiska. Kanonisk diskriminantanalys placerar 42,6 procent av patienterna i rätt kategori. Step-wise-analys tar ut OOC och OPC samt grupperar 43 procent rätt.

Medelvärden och spridningar för de fyra BCT-variablerna redovisas nedan för de olika personlighetsstörningsdiagnoserna enligt DSM-III-R/IV (tabell 26). Trots det relativt låga antalet i de enskilda kategorierna beräknades en MANOVA med åtföljande univariata och post-hoc-analyser (tabell 27).



TABELL 26.

Medelvärden och spridningar för de fyra BCT-variablerna uppdelat på personlighetsdiagnos enligt DSM-III-R/IV (n=479) samt ej personlighetsstörning (n=316).

Personlighetsstörning	n	OOC		OPC		ARC		OCC	
		m	s	m	s	m	s	m	s
Ej personl.st	316	45,2	11,88	52,3	10,80	52,4	10,48	53,5	11,63
Paranoid	35	42,1	11,46	61,7	12,13	57,3	9,15	61,1	11,62
Schizoid	16	37,7	10,00	54,0	12,65	51,5	9,83	50,5	12,48
Schizotyp	13	42,2	12,26	61,9	12,79	53,3	10,63	59,7	12,51
Histrion	23	51,1	10,06	53,9	12,43	52,5	10,23	52,9	12,32
Narcissistisk	25	48,1	10,82	52,7	13,86	54,3	10,52	52,4	10,70
Anti-social	161	47,3	10,57	55,5	10,79	51,2	10,16	52,9	11,16
Borderline	83	43,4	10,49	60,7	10,13	52,0	10,58	57,9	9,81
Undvikande	22	34,7	10,69	54,1	7,88	51,0	11,30	57,5	10,85
Dependent	18	39,4	10,82	51,2	9,77	50,2	12,03	51,2	9,06
Tvångsmässig	20	43,9	9,75	50,9	9,66	52,7	11,09	60,0	9,50
Passivt-aggr	19	43,0	13,22	54,9	9,53	50,5	12,93	55,0	12,27
Atypisk/UNS	24	42,7	11,49	56,5	11,17	54,0	12,17	57,7	13,15
Masochistisk	19	40,7	10,63	57,8	12,31	50,4	10,18	56,5	12,21

Beräkning med MANOVA gav en Wilk's Lambda = .761,  $p < .000$ , Eta-squared = .066.

I univariata analyser var alla variabler i BCT utom ARC signifikant skilda för de olika diagnoserna.

Av tabell 27 framgår att resultaten går i förväntad riktning. Histrion personlighetsstörning, som förknippas med mer extrovert beteendemönster, ligger högre på OOC än de mer introvert orien-terade störningarna som paranoid, schizoid, dependent, undvikande och masochistisk personlighetsstörning. Undvikande personlighetsstörning avviker också på ett förväntat sätt från de mer expressiva störningarna borderline, anti-social och narcissistisk personlighetsstörning. Personer med anti-social personlighetsstörning är mer oralt optimistiska än de med schizoid.

För OPC går resultaten också i förväntad riktning. Med paranoid personlighetsstörning förknippas både defensiva och aggressiva karaktärsdrag, och denna ligger tillsammans med en symtomrik grupp som borderline högst på OPC. De tre personlighetsstörningarna tvångsmässig, dependent och narcissistisk och anti-social däremot ligger som förväntat lägst. Högst av alla ligger schizotypa patienter men skiljer sig på grund av sitt låga antal inte signifikant från de andra grupperna.

Patienter med tvångsmässig personlighetsstörning förväntas enligt klassisk psykoanalytisk teori ligga högre än övriga grupper på ARC. Detta bekräftas inte. I variabeln OCC var förväntningen att gruppen med tvångsmässig personlighetsstörning skulle ligga högt, och den ligger också näst högst av alla men skiljer sig inte signifikant enligt Tukey. Omnipotensen kan också förväntas vara högre hos både patienter med paranoid störning och borderlinestörning och här går resultaten i förväntad riktning (appendix tabellerna A.15 och A.16).

**TABELL 27.**

Univariata variansanalyser och post-hoc-jämförelser enligt Tukey mellan de enskilda personlighetsstörningsdiagnoserna enligt DSM-III-R/IV i patientmaterialet (n=479).

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared	Riktning i medelvärdesdifferensen	Signifikansnivå
	F	p			
Oral Optimism (OOC)	4,753	.000	.109	Histrion > Paranoid Histrion > Schizoid Histrion > Dependent Histrion > Undvikande Histrion > Masochistisk Undvikande < Narcissistisk Undvikande < Anti-social Undvikande < Borderline Anti-social > Schizoid	p < .094# p < .009 p < .034 p < .000 p < .091# p < .002 p < .000 p < .044 p < .040
Oral Pessimism (OPC)	3,381	.000	.080	Paranoid > Tvångsmässig Paranoid > Dependent Paranoid > Narcissistisk Borderline > Dependent Borderline < Anti-social Borderline < Narcissistisk Borderline > Tvångsmässig	p < .026 p < .053# p < .088# p < .047 p < .028 p < .071# p < .020
Analt Reaktiv Karaktär (ARC)	1,124	.338	.028		
Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC)	3,150	.000	.075	Paranoid > Schizoid Paranoid > Anti-social Paranoid > Dependent Borderline > Anti-social	p < .079# p < .005 p < .104# p < .041

En kanonisk diskriminantanalys för de enskilda personlighetsdiagnoserna enligt DSM-III-R/IV placerar 13,2 procent av patienterna i rätt kategori medan step-wise tar ut OOC med bara 8,4 procent. BCT kan lika lite som något annat personlighetstest diskriminera mellan de enskilda personlighetsstörningarna i DSM-III-R/DSM-IV. Det är vissa diagnosgrupper eller klustren som ger en bättre diskriminering. Situationen blir helt annorlunda när vi som i följande tabell jämför anti-social plus psykopati versus "övriga" personlighetsstörningar.

Eftersom post-hoc-analyser enligt Tukey ger höga krav för signifikans vad gäller jämförelser av små grupper, har vi i appendixtabellerna A.13 till och med A.16 redovisat även resultaten av vanliga t-testjämförelser. Tabellerna är avsedda som hjälp för framtida hypotesgenerering.

En jämförelse (ANOVA) mellan grupperna anti-social personlighetsstörning versus patienter utan personlighetsstörning respektive "övriga" personlighetsstörningar, görs avslutningsvis och ger en Wilk's Lambda = 0,949,  $p < .000$ ,  $ETA = 0,51$  (se tabell 28).

Av tabell 28 framgår att anti-sociala är mer oralt optimistiska och mindre omnipotent kompulsiva än personer med övriga personlighetsstörningar.

**TABELL 28.**

Univariata variansanalyser av jämförelser mellan anti-social plus psykopati kontra "övriga" personlighetsstörningar enligt DSM-III-R/IV (Tukey) i patientmaterialet (n=795).

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared	Riktning i medelvärdesdifferensen
	F	p		
OOO	17,548	.000	.035	Anti-social > Övriga
OPC	1,820	.178	.004	
ARC	2,238	.135	.005	
OCC	12,120	.001	.025	Anti-social < Övriga

Kanonisk diskriminantanalys placerar 61,0 procent av patienterna i rätt kategori. Det är två av variablerna i BCT som diskriminerar anti-social personlighetsstörning från "övriga" personlighetsstörningar: Step-wise väljer två av variablerna, OOC och OCC, och placerar 61,8 procent av patienterna i rätt kategori. Anti-sociala kan alltså betraktas som inriktade mot omgivningen, mer impulsiva och mindre symptomrika än övriga personer med personlighetsstörningar.

# SAMBAND MED ANDRA TEST OCH SKALOR

## Antaganden om samband

Utifrån teorin och delvis utifrån tidigare erfarenhet, gjordes 103 antaganden (hypoteser) om riktningen i sambanden mellan de enskilda BCT-variablerna och olika oberoende mått. Totalt gjordes 103 prediktioner innan analyserna påbörjades, som berörde vad BCT-variablerna skulle kunna tänkas samvariera med i andra skalor och test. För vissa instrument som redovisas kunde inga prediktioner göras. Dit hör AUDIT, AVI-R, SAS-SR, hälsoenkäten SF-36 och DIP-Q. Likaledes förväntades inga samband med mått på intellektuella funktioner som SRB, eftersom personlighetsdrag som de i BCT ska vara oberoende av intellektuell begåvning. Hypotesdelen har exkluderats ur manualen men vi anger i slutsatserna nedan om det rör sig om predicerade samband som bekräftats eller ej. Mer omfattande presentationer av testen finns i appendix.

### Samband med andra personlighetstest och skalor

Gränsen för samband som kommenteras har huvudsakligen satts till  $r \leq .30$ . Därunder kommenteras förväntade samband mellan  $r = .25$  och  $r = .29$  om dessa är signifikanta. Alla korrelationer över  $.30$  är signifikanta<sup>3</sup>. Kutymen vi försöker följa i den följande texten är att vi ger den svenska översättningen, eller där sådan saknas, vår egen svenska benämning på personlighetsdragen och de engelska beteckningarna inom parentes när de första gången nämns i texten. Ibland är likheten så stor mellan den engelska och svenska beteckningen att vi bedömt att missförstånd inte be-höver uppstå. De namn på skalorna som kommer från testmanualerna skrivs i texten med inledande versal.

#### Cesarec Marke Personality Scheme – CMPS

CMPS mäter elva psykogena behovsvariabler och på en högre generaliseringsnivå – fem faktorindex samt en variabel: Acquiescence, som är ett mått på ja-sägartendens (Cesarec & Marke 1968a, 1968b). För en närmare beskrivning av testet, se appendix B. BCT korrelerades med CMPS i personalmaterialet ( $n=363$ ) och i patientmaterialet ( $n=920$ ), se tabellerna A.17 och A.18 i appendix. På grund av materialens storlek var de flesta sambanden i patientmaterialet signifikanta.

---

<sup>3</sup>Vi anger signifikansnivåer när sambanden är lägre än  $r = .30$ , men inte annars eftersom de alltid är signifikanta.

**OOO.** I normalgruppen gick resultaten för OOC i stort sett i förväntad riktning. OOC ger signifikanta samband med behov av social kontakt (Affiliation), Exhibitionism, behov att bli omhändertagen (Succorance), Dominans (Dominance) och Passivt beroende (Passiv dependens). Samband med behov att ta hand om andra (Nurturance) och Sociabilitet är låga. Högsta sambanden är med Exhibitionism ( $r = .56$ ), Dominans ( $r = .45$ ) och faktorindexet Dominans ( $r = .54$ ). Det förväntade negativa sambanden med Ordningsbehov (Need Order) är lågt.

Även i patientmaterialet gick resultaten för OOC i stort sett i förväntad riktning. I likhet med normalmaterialet fann vi signifikanta samband med Exhibitionism, Dominans och Affiliation samt Sociabilitet ( $r = .24$ ,  $p < .000$ ). Däremot var sambanden med behov av att ta hand om andra (Nurturance) och behov av att själv bli omhändertagen (Succorance) låga. Sambanden med Dominans ( $r = .57$ ) och Exhibitionism ( $r = .61$ ) samt faktorindex Dominans ( $r = .62$ ) var höga. Inte heller i patientgruppen bekräftades det förväntade negativa sambandet med Need Order. Det predicerade positiva sambandet med jagsvaghet (Defence of Status) i patientgruppen bekräftades inte, utan var i stället negativt ( $r = - .41$ ).

**OPC.** För OPC i normalgruppen bekräftades förväntade positiva samband med prestationsbehov (Achievement,  $r = .31$ ), Aggression ( $r = .65$ ), behov av självständighet (Autonomi,  $r = .36$ ), och för faktorindexen Neurotisk självhävdelse ( $r = .46$ ) samt Aggressiv nonkonformitet ( $r = .49$ ). Förväntade negativa samband bekräftades enbart för Sociabilitet ( $r = - .43$ ) men inte för Affiliation. Utöver de samband som antogs fanns ett relativt hög positivt samband mellan OPC och jasägartendens (Acquiescence,  $r = .46$ ). Sambandet kan bero på att Acquiescence i faktoranalysen ingår i gruppen av psykopatologiskt relaterade variabler som utgör grunden för faktorindexet Neurotisk självhävdelse.

För OPC i patientgruppen bekräftades samtliga förväntade samband för Achievement ( $r = .30$ ), Aggressivitet ( $r = .61$ ), Autonomi ( $r = .37$ ), Neurotisk självhävdelse ( $r = .52$ ) och Aggressiv nonkonformitet ( $r = .48$ ). Förväntade negativa samband bekräftades även i denna grupp enbart för Sociabilitet ( $r = - .48$ ), inte för Affiliation. Liksom i normalgruppen fanns här ett relativt högt positivt samband mellan OPC och Acquiescence ( $r = .48$ ). Ett opredicerat positivt samband påvisades med jagsvaghet (Defence of Status,  $r = .32$ ).

**ARC.** I normalmaterialet ger ARC som förväntat en hög positiv korrelation med Achievement ( $r = .29$ ,  $p < .000$ ), Order, ( $r = .67$ ), men negativ med Aggressiv nonkonformitet ( $r = -.37$ ). Det förväntade negativa sambandet med Autonomi bekräftades inte. Utöver förväntade samband fanns relativt höga positiva samband med jagsvaghet (Defence of Status,  $r = .36$ ), Guilt ( $r = .34$ ), Aquiescence ( $r = .23$ ,  $p < .000$ ), Dominans ( $r = -.23$ ,  $p < .000$ ) och Neurotisk självhävdelse ( $r = .41$ ).

I patientmaterialet återfanns av förväntade samband en hög positiv korrelation med Achievement ( $r = .27$ ,  $p < .000$ ), Order ( $r = .63$ ) och negativt med Aggressiv nonkonfor-

mitet ( $r = -.39$ ). Ett negativt samband med Autonomi bekräftades inte. Även hos patienterna visar ARC relativt höga positiva samband med Defence of Status ( $r = .33$ ), Guilt ( $r = .39$ ,  $p < .000$ ), Aquiescence ( $r = .30$ ), Neurotisk självhävdelse ( $r = .40$ ) och ett negativt samband med Dominans ( $r = -.25$ ).

**OCC.** I normalgruppen bekräftades de positiva sambanden med Guilt ( $r = .56$ ), Defence of status ( $r = .58$ ), Neurotisk självhävdelse ( $r = .66$ ) och Passiv dependens ( $r = .41$ ). Det förväntade negativa sambandet med Dominans var lågt. Därutöver fanns ett negativt samband med indexfaktorn Dominans ( $r = -.42$ ). Som icke predicerade samband finner vi positiva samband med OCC för jasägartendens (Aquiescence,  $r = .50$ ), Aggression ( $r = .30$ ) och Achievement ( $r = .35$ ).

För patientgruppen finner vi liknande resultat. Positiva samband med OCC för Guilt ( $r = .52$ ), Defence of Status ( $r = .52$ ), Neurotisk självhävdelse ( $r = .60$ ) och Passiv dependens ( $r = .31$ ) som bekräftas även i patientgruppen. Också i patientgruppen är det förväntade negativa sambandet med Dominans lågt liksom med indexfaktorn Dominans ( $r = -.41$ ). Också de icke predicerade sambanden i normalgruppen återkom i patientgruppen för Aquiescence ( $r = .50$ ) och Aggression ( $r = .32$ ).

De flesta förväntade sambanden (19 av 24) mellan BCT-variablerna och CMPS bekräftades både i normal- och patientmaterialen. Inga samband gick i motsatt riktning än förväntat. För variabeln Aquiescence gjordes inga prediktioner men den tycks indikera viss patologi, vilket skulle förklara sambanden med OPC och OCC.

#### *Eysenck Personality Questionnaire – EPQ*

Under en följd av år var EPQ med sina fyra variabler, – Extraversion, Psykoticism, Neuroticism samt lögnskalan (Lie Score) – ett ofta använt instrument i klinisk praxis. Som en femte skala har också skalan "impulsivitet" utvärderats (Eysenck och Eysenck 1975). Items för impulsivitet ingår nu i skalan Extraversion (Eysenck och Eysenck 1977). Sambanden mellan BCT och EPQ i en grupp patienter med suicidproblem ( $n=41$ ) redovisas i appendix tabell A.19. Endast T-poäng för EPQ var tillgängliga.

OOC och Extraversion visar som förväntat en stark positiv korrelation ( $r = .64$ ). Likaså bekräftas positiva korrelationer mellan Neuroticism och OPC samt OCC ( $r = .39$  resp.  $r = .47$ ). OPC korrelerar dessutom positivt med Psykoticism ( $r = .38$ ) och negativt med lögnskalan ( $r = -.30$ ). OOC visar ett icke förväntat predicerat men rimligt negativt samband med Neuroticism ( $r = -.31$ ). Den negativa korrelationen mellan OPC och lögnskalan kan förklaras av att lögnskalan innehåller items som beskriver beteenden med hög Social önskvärdhet, vilka individer med hög Oral Aggressivitet vägrar tillskriva sig själva. Ett förväntat samband mellan OOC och impulsivitet i EPQ samt negativt samband mellan ARC och Extraversion bekräftades inte. Däremot finns ett positivt samband mellan ARC och Neuroticism ( $r = .32$ ). (Se tabell A.19.)

#### *Karolinska Scales of Personality – KSP*

Schalling (1986) kombinerade items från olika personlighetsformulär och konstruerade KSP huvudsakligen avsett att mäta variabler relaterade till ångest, impulsivitet-psykopati och aggression. KSP omfattar 15 delskalor: Somatic Anxiety, Psychic Anxiety, Muscular Tension, Social Desirability, Impulsiveness, Monotony Avoidance, Detachment, Psychastenia, Socialization, Indirect Aggression, Verbal Aggression, Irritability, Suspicion, Guilt samt Inhibition of Aggression. I tabell A.20 redovisas sambanden mellan BCT och KSP i en grupp patienter med depressions- och suicidproblem (n=42). Se också Klinteberg, B., & Schalling, D., & Magnusson, D. (1986).

De tre förväntade positiva korrelationerna med OOC bekräftas, Monotoniundvikande (Monotony Avoidance,  $r = .37$ ), och Impulsivitet ( $r < .29$ ,  $p < .000$ ), samt Social önskvärdhet (Social Desirability,  $r = .21$ ,  $p < .05$ ). Även de två negativa sambanden bekräftades för Psykisk avskärmning (Detachment,  $r = -.51$ ) och Neurotisk uttrötthet (Psychastenia,  $r = -.27$ ,  $p < .005$ ). Utöver de förväntade korrelationerna finns ett starkt negativt samband med Psykisk ångest (Psychic Anxiety,  $r = -.49$ ).

Av sex postulerade samband med OPC bekräftades sambanden för Psychic Anxiety ( $r = .38$ ), Somatic Anxiety, ( $r = .24$ ,  $p < .03$ ) samt Detachment ( $r = .25$ ,  $p < .02$ ). Av övriga samband med de tre aggressionsvariablerna bekräftades enbart det med Irritabilitet (Irritability,  $r = .31$ ). Bland icke predicerade samband fanns ett starkt positivt sådant med Neurotisk uttrötthet (Psychastenia,  $r = .44$ ), samt två negativa samband för Social Desirability ( $r = -.49$ ) och Socialization ( $r = -.53$ ).

För ARC och KSP bekräftades sambanden med Muskulär spänning (Muscular Tension,  $r = .31$ ), med Guilt ( $r = .28$ ,  $p < .01$ ) och Psychoasthenia ( $r = .25$ ,  $p < .02$ ). Utöver prediktionerna finns ett svagt samband för Social Desirability ( $r = .24$ ,  $p < .03$ ).

Av de förväntade sambanden mellan OCC och KSP bekräftades sambanden med Muscular Tension ( $r = .35$ ) och Psychic Anxiety ( $r = .34$ ), samt sambandet med Guilt ( $r = .45$ ) och med Aggressionshämning (Inhibition of Aggression,  $r = .27$ ,  $p < .01$ ). Det fanns en tendens till positivt samband med Psychastenia ( $r = .24$ ,  $p < .03$ ). Se appendixtabell A.20.

#### *Swedish universities Scales of Personality – SSP*

SSP är en revidering av KSP-formuläret där antalet items minskats från 135 till 91 och antalet skalor från 15 till 13 varvid skalorna numera har lika många items per skala. Varje variabel (subskala) mäts med sju items. SSP mäter i likhet med tidigare KSP flera personlighetsdrag som också antas ha biologiska korrelat. Dessa drag förväntas ha betydelse för informationsprocessande och psykopatologi (Gustavsson, Bergman, Edman, Ekselius, von Knorring, och Linder, 1999).

Ett problem i jämförelsen med BCT är att personalmaterialet i vår studie, där SSP används, är numerärt litet (n=20). Sambanden mellan BCT- och SSP-variablerna i gruppen

missbrukare, huvudsakligen av alkohol, baseras däremot på ett något större material (n=73). Resultaten redovisas i appendix tabellerna A.21 och A.22. I personalmaterialet bör resultaten tolkas med viss försiktighet.

**OOO.** I *personalmaterialet* bekräftades de positiva sambanden mellan SSP och OOC-variabeln för Äventyrlighet (Adventure Seeking,  $r=.32$ ) medan det predicerade sambandet med Impulsivitet inte bekräftades. Av predicerade negativa samband finner vi endast ett starkt samband med Psykisk avskärmning (Detachment,  $r = -.58$ ). Två oväntade, dock icke signifikanta positiva samband var de med Bitterhet (Embitterment,  $r = .43$ ) och Verbal aggressivitet som personlighetsdrag (Verbal Trait Aggression,  $r = .35$ ).

I *patientmaterialet* bekräftades sambanden med Adventure Seeking ( $r = .38$ ) vartill kommer ett icke predicerat samband med Social önskvärdhet (Social Desirability,  $r = .35$ ). Förväntat positivt samband med Impulsivens bekräftades inte. Samtliga predicerade negativa samband bekräftades, för de bägge ångestskalorna, Psychic Trait Anxiety ( $r = -.56$ ) och Somatic Trait Anxiety ( $r = -.32$ ), vidare med Detachment ( $r = -.56$ ), Embitterment ( $r = -.35$ ) och Mistro (Mistrust,  $r = -.35$ ). Dessutom finns negativa samband med Stressöverkänslighet (Stress Susceptibility,  $r = -.51$ ), Brist på självhåvdelse (Lack of Assertiveness,  $r = -.41$ ), och Irritabilitet som personlighetsdrag (Trait Irritability,  $r = -.32$ ).

**OPC.** I *personalmaterialet* bekräftades de förväntade positiva signifikanta korrelationerna med aggressivitetsvariablerna: Physical Trait Aggression ( $r = .75$ ) och Verbal Trait Aggression ( $r = .45$ ). Sambandet med Somatic Trait Anxiety bekräftas ( $r = .62$ ) liksom sambandet med (Embitterment,  $r=.34$ ), medan sambanden med med Mistrust och Psychic Anxiety inte bekräftas. Utöver predicerade samband tillkommer ett positivt samband med Adventure Seeking ( $r = .60$ ), Detachment ( $r =.37$ ), samt med Trait Irritability ( $r = .43$ ).

I *patientmaterialet* bekräftas de signifikanta positiva sambanden med OPC för de bägge ångestvariablerna Somatic Trait Anxiety ( $r = .38$ ) och Psychic Trait Anxiety ( $r = .36$ ), och för aggressionsvariablerna Verbal Trait Aggression ( $r=.53$ ) samt Physical Trait Aggression ( $r = .55$ ). Vidare bekräftas sambanden med Embitterment ( $r= .53$ ) och Mistrust ( $r = .57$ ). Därutöver fanns signifikanta positiva samband med Stress Susceptibility ( $r =.62$ ), och Trait Irritability ( $r = .66$ ), Detachment ( $r = .58$ ) och ett negativt samband med Social Desirability ( $r = -.59$ ).

ARC: I *personalmaterialet* bekräftades inte det förväntade sambandet med bristande självhåvdelse (Lack of Assertiveness) och tvärt emot prediktionen fanns ett positivt samband med Physical Trait Aggression ( $r = .41$ ). Av övriga predicerade negativa samband bekräftades enbart sambandet med Impulsivitet (Impulsivens,  $r = -.35$ ). Tre icke förväntade positiva samband fanns, nämligen med Detachment ( $r= .52$ ), Psychic Trait Anxiety ( $r = .39$ ) och Trait Irritability ( $r = .39$ ).



Av de förväntade predicerade sambanden finner vi inom *patientmaterialet* ett negativt samband med Adventure Seeking ( $r = -.46$ ) och ett positivt samband med Psychic Trait Anxiety ( $r = .27$ ). Fyra icke predicerade positiva samband tillkommer, med Stressöverkänslighet (Stress Susceptibility,  $r = .46$ ), Trait Irritability ( $r = .42$ ) och Detachment ( $r = .35$ ) samt ett negativt samband med Social Desirability ( $r = -.38$ ).

**OCC.** I *personalmaterialet* bekräftades positiva samband med bägge ångestvariablerna: Psychic Trait Anxiety ( $r = .45$ ) och Somatic Trait Anxiety ( $r = .43$ ), medan sambandet med Social Desirability går i motsatt riktning ( $r = -.39$ ). Därutöver fanns signifikanta positiva samband med bägge aggressionsvariablerna Physical Trait Aggression ( $r = .65$ ) och Verbal Trait Aggression ( $r = .34$ ) samt med Trait Irritability ( $r = .47$ ).

Även i *patientmaterialet* bekräftades signifikanta samband med de bägge ångestvariablerna: Psychic Trait Anxiety ( $r = .58$ ) och Somatic Trait Anxiety ( $r = .47$ ). Prediktionen för Social Desirability går i motsatt riktning mot hypotesen ( $r = -.41$ ). Icke förväntade positiva korrelationer är de med Stress Susceptibility ( $r = .60$ ), Lack of Assertiveness ( $r = .42$ ), Detachment ( $r = .44$ ), Embitterment ( $r = .55$ ), Trait Irritability ( $r = .55$ ), Mistrust ( $r = .43$ ) samt en negativ korrelation med Adventure Seeking ( $r = -.31$ ).

#### *Locus of Control – Locus*

Locus of Control (Locus) mäter individens benägenhet att tillskriva orsakerna till vad som påverkar och styr eget handlande, antingen till yttre faktorer (extern Locus of Control – höga poäng) eller inre, det vill säga man tillskriver sig själv orsakerna (intern Locus of Control – låga poäng). Skalan utvecklades ursprungligen av Rotter (Rotter 1966) och finns numera i flera varianter.

I ett personalmaterial ( $n=92$ ) beräknades korrelationer mellan BCT och Locus (se appendix tabell A.21). Sambandet mellan OOC och extern Locus of Control är negativt ( $r = -.31$ ). Individer med hög Oral Optimism (OOC) tycks ha mer intern än extern kontroll medan individer med hög Oral Pessimism (OPC) tenderar mot att ha mer extern kontroll, det vill säga positivt samband med Locus of Control ( $r = .24$ ,  $p < .05$ ). Sambandet mellan ARC och Locus bekräftades inte.

Sambandet mellan hög OCC och Locus of Control ( $r = .39$ ) bekräftar hypotesen att individer med hög Omnipotent Tvångskaraktär förlägger kontrollen utanför sig själva.

#### *Marke-Nyman Temperamentsskala – MNT*

MNT-skalan mäter tre personlighetsdimensioner i Sjöbrings personlighetsteori (Nyman och Marke 1958; Nyman och Marke 1960; Marke och Nyman 1961; Nyman och Marke 1962; Marke och Olsson 1970; Sjöbring 1973). De tre variablerna är Validitet, Soliditet och Stabilitet. Den fjärde variabeln i teorin, Kapacitet, motsvarar mest intelligensbegreppet (G-faktorn) och mäts därför bäst med intelligenstest. Validitet är en dimension som betecknar individens tillgång till energi i nervsystemet. Supervalid är

den som är lugn, säker, fri och handlingskraftig. Subvalid är dess motsats. Stabilitet uttrycker individens behov av emotionell kontroll.

Superstabila individer är således kontrollerade och rigida i motsats till de substabila som är varma, konkreta, lite klumpiga, sociabla och emotionellt utåtriktade. Soliditet slutligen rör processer kring att lära in och att anpassa sig. Den supersolide involverar sig snabbt med entusiasm i ofta ganska snäva områden och orkar hålla ut. Den subsolide tröttnar snabbt. Man har funnit en hel del intressanta samband mellan MNT och bland annat medicinskt frågeschema. I kliniska studier visar främst validitet starka samband med symtom som depression och paranoia. Dimensionen Soliditet visar samband enbart med paranoia hos män. Soliditeten slutligen visar positiva samband med explosivitet och impulsivitet för båda könen och med alkoholmissbruk för män (Nyman och Marke 1960, Marke och Nyman 1961).

I appendix tabell A.24 redovisas sambanden mellan BCT och MNT i en grupp patienter med suicidproblem (n=42). Som förväntat korrelerade OOC positivt med MNT-variabeln Validitet ( $r = .44$ ) och negativt med Stabilitet ( $r = -.24$ ,  $p < .03$ ) och Soliditet ( $r = -.31$ ). Likaså fann vi de förväntade negativa korrelationerna mellan Validitet och de tre BCT-variablerna OPC ( $r = -.27$ ,  $p < .02$ ), ARC ( $r = -.40$ ) samt OCC ( $r = -.40$ ). Övriga förväntade samband bekräftades inte, men en negativ korrelation mellan OPC och Soliditet tillkom ( $r = -.27$ ,  $p < .02$ ).

I Sjöbrings termer tenderar individer med Oral Optimistisk Karaktär att vara supervalida, substabila och subsolida. Subvaliditet hos individer som ligger högt på variablerna Oralt Pessimistisk, Analt Reaktiv och Omnipotent Kompulsiv Karaktär indikerar patologi och kan jämföras med tidigare samband med neuroticism. Personerna kan karakteriseras som att de har en kärlekslös generositet ofta kopplad till aggressivitet. Subjektiva abnormsymtom hos olika typologiska varianter enligt Sjöbring finns redovisade på annat håll (Marke 1963).

## Samband med symtom

### *Symptom checklist 90 – SCL-90*

I följande avsnitt jämförs BCT med SCL-90. Den svenska version av SCL-90 har standardiserats och validerats av Fridell, Cesarec, Johansson och Malling Thorsen (2002). SCL-90 vidareutvecklades ur Hopkins Symptom Scale (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, och Covi, 1974; Derogatis (1977) och har senare vidareutvecklats till SCL-90-R (Derogatis 1994). Vår standardisering visade att de två varianterna SCL-90 och SCL-90-R är fullt likvärdiga och har använt den förra eftersom den är i public domain och inte kräver betalning vid användning (Fridell et al 2002).

Korrelationerna mellan SCL-90-variabler och OOC i *personalmaterialet* (n=407) var negativa och generellt låga även om 8 av 14 var signifikanta. BCT-variablerna OPC, ARC och OCC korrelerade med undantag av Phobic Anxiety och ARC, signifikant med samtliga variabler och indexskalor i SCL-90 (appendix tabell A.25). För ARC är samtliga samband låga. Sambandet med de tre patologiskt indikerande variablerna i BCT visade inget speciellt mönster, även om det högsta sambandet för Oral Pessimism var med variabeln vrede/ilska ( $r=.36$ ) och för OCC med obsessivt-kompulsiva symtom ( $r = .54$ ). Båda BCT-variablerna visade också höga samband med indexvariablerna Global Severity Index (GSI: OPC,  $r = .35$  respektive OCC,  $r = .54$ ) och Psykiatriskt störningsindex (PST: OPC,  $r = .36$ ; respektive OCC,  $r = .55$ ).

Sambanden med BCT i *patientmaterialet* redovisas för en blandad psykiatrisk patientgrupp (n=853). Se tabell A.26. I patientmaterialet var som förväntat korrelationerna mellan BCT och SCL-90 högre än i normalmaterialet. Förutom korrelationen med ARC och index-skalan PSDI var alla korrelationer signifikanta. Inget speciellt sambandsmönster kunde beläggas. Variabeln OCC visade framför allt höga samband med obsessivt-kompulsiva symtom ( $r=.63$ ), GSI ( $r=.59$ ) och PST ( $r=.63$ ). Höga korrelationer för OPC fanns med paranoidt tänkande ( $r = .47$ ), Vrede/ilska ( $r = .47$ ) GSI ( $r = .49$ ) och PST ( $r = .48$ ).

Som tidigare beskrivits korrelerar BCT i stort sett med alla SCL-90-variabler i både personal- och patientmaterialet. OOC korrelerar negativt med SCL-90 medan de övriga tre psykopatologi-indikerande BCT-variablerna korrelerar positivt. I både normal- och patientmaterial finns ett något högre samband mellan OCC och obsessivt-kompulsiva symtom respektive OPC och Vrede/ilska. Samma resultat fann Fridell et al (2002, sidan 51).

En analys där vi försökte använda oss av Karteruds et al (1995) försök att skapa en personlighetsstörningsindex med SCL-90-variabler gav inga tolkbara resultat i det här materialet.

#### *Hälsoenkäten – SF-36*

SF-36 är ett frågeformulär med 36 frågor, som standardiserats på material i tio länder från WHO-projektet International Quality of Life Assessment (IQOLA). Den svenska manualen och tolkningsguiden har utarbetats av Sullivan, Karlsson & Ware (1995), Sullivan & Karlsson (1998), Sullivan, Karlsson, & Taft (2002), Persson, L-O., Karlsson J., Bengtsson, C., Steen, B., & Sullivan, M. (1998). Testet mäter fyra variabler inom fysisk hälsa – Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, och General Health – samt sex variabler inom psykisk hälsa. Psykisk hälsa består av skalorna Vitality, Social Functioning, Role Emotional, och Mental Health. Områdena sammanfattas i Fysisk hälsa och Mental hälsa.

Reliabiliteten för hälsoenkäten enligt Cronbach's Alpha varierar mellan  $r = .79$  och  $r = .91$  för de enskilda skalorna. I den svenska standardiseringen beräknas standardpoäng för köns- och fyra åldersgrupper. Testet har validerats mot andra skalor på kliniska grupper.

Tolkningen av variablerna i SF-36 är problematisk. Som framgår av appendixtabell A.27 visar Oral Optimism positiva men låga korrelationer med SF-36, medan Oral Pessimism och Omnipotent Kompulsiv Karaktär visar måttligt höga negativa samband med SF-36. Analt Reaktiv Karaktär visar inga samband. Globalmåttet fysisk hälsa visar låga signifikanta samband med BCT-variabler och mental hälsa har högre negativa samband med OPC ( $r = -.45$ ) och OCC ( $r = -.52$ ).

#### *DIP-Q för personlighetsstörning*

DIP-Q är ett självskattningsformulär som mäter DSM-III-R personlighetsstörningar (ps) jämte självskattning av GAF och Critical Events (Bodlund, Kullgren, Ekselius, Lindström, & von Knorring 1998; Ottosson 1999, Ottosson, Bodlund, Ekselius, Grann, von Knorring, et al 1998). Testet är standardiserat och validerat på kliniska grupper.

I appendixtabell A.28 visas samband mellan DIP-Q personlighetsstörning och BCT i ett material om kvinnor i tvångsvård ( $n=75$ ). De signifikanta negativa korrelationerna med OOC går i förväntad riktning: Schizoid ps ( $r = -.27$ ,  $p < .05$ ), och Avoidant ( $r = -.38$ ). Den negativa korrelationen med Dependent ps ( $r = -.33$ ) går inte i förväntad riktning även om tidigare redovisad jämförelse mellan ps-grupperna ger dependenterna det näst lägsta medelvärdet i OOC.

Samtliga personlighetsstörningar korrelerar positivt med OPC där de högsta korrelationerna är med Borderline ( $r = .63$ ) och Narcissistisk ps ( $r = .59$ ), samt Schizotyp ps ( $r = .56$ ). ARC har två signifikanta positiva korrelationer: med Obsessivt-kompulsiva ( $r = .30$ ) samt Histriion personlighetsstörning ( $r = .25$ ). OCC korrelerar positivt med samtliga personlighetsstörningar. Högst samband visas med Borderline personlighetsstörning ( $r = .71$ ), Dependent ps ( $r = .59$ ) samt Schizotyp ps ( $r = .57$ ).

GAF-skalan för självskattning (som del av DIP-Q-batteriet) visar negativa korrelationer med OPC ( $r = -.23$ ) samt med OCC ( $r = -.28$ ). Detta resultat av självskattning överensstämmer med resultatet för bedömerskattning av GAF.

#### **Socialt nätverk, Social anpassning, och Upplevelse av mening: ISSI, SAS-SR, KASAM, samt instrument för specifika problem: AUDIT, AVI-R, EDI-2 och SRB**

##### *Individual Schedule of Social Interaction (ISSI-skalan)*

ISSI-skalan är ett självskattningsformulär om 30 frågor som sammanfattas i fyra dimensioner: AVSI – tillgänglighet på social integration, AVAT – tillgänglighet på djupa känslomässiga relationer, ADSI – upplevd tillfredsställelse med social integration, och ADAT – upplevd tillfredsställelse med tillgänglighet av djupa känslomässiga relationer. Totalpoängen används ofta som ett "globalt index" på social integration. Instrumentet har utvecklats av Henderson, Duncan-Jones, Byrne, och Scott, (1980) och översatts till svenska av bland annat Orth-Gomér och Johnson (1987).

I tabell A.29 i appendix redovisas korrelationer mellan BCT-variablerna och ISSI-skalan för en grupp patienter med olika typer av diagnoser (n = 462). Sambanden mellan BCT och ISSI-variablerna är överlag låga. De antagna positiva sambanden mellan OOC och AVSI ( $r = .28, p < .000$ ), samt med totalpoängen ( $r = .26, p < .000$ ) bekräftades men är låga. AVAT ger ett icke predicerat samband med OOC,  $r = .28, p < .000$ . De låga negativa sambanden mellan OPC samt OCC och ISSI-variablerna följer visserligen hypoteserna men det finns inget tolkbart mönster i sambanden.

Totalpoängen, som anses vara den bästa indikatorn på social integration, visar negativt samband med OPC ( $r = -.23, p < .000$ ) respektive OCC, ( $r = -.30, p < .000$ ). Det förefaller som om social integration korrelerar positivt med den BCT-variabel som är minst psykopatologiindikerande och negativt med de variabler som är mer psykopatologiskt belastade (OPC och OCC). Alltså i linje med prediktionerna.

#### *Social Adjustment Scale – Self-Report – SAS-SR*

Instrumentet har utvecklats av Weissman och Bothwell, 1976, och är validerat av Weissman, Prusoff, Thompson, et al (1978), och mäter social situation hos förvärvsarbetande eller hos studerande. En viktig aspekt är att testet beskriver hemarbete som en kanske viktigare komponent än vi i dag betraktar det som i Sverige (appendixtabell A.31).

I en kohort missbrukare (n=75) beräknades sambanden mellan BCT och SAS-SR-variabler (se tabell A.32). OOC visade måttligt negativ korrelation med totalpoäng i SAS-SR och OPC låg positiv korrelation. Övriga signifikanta korrelationer är svåra att tolka.

#### *Känsla av sammanhang – KASAM*

Den av Antonovsky (1991) utvecklade skalan Sense of Coherence (SOC) har i sin svenska utgåva översatts till "Känsla av sammanhang" – KASAM (Antonovski 1991, 1993). Formuläret består av 29 separata items med en sjugradig svarsskala från aldrig till alltid. Dels redovisas totalpoäng, dels poängen uppdelad på tre dimensioner (a) begriplighet, (b) hanterbarhet och (c) meningsfullhet. En totalpoäng mellan 120 och 150 brukar betraktas som normal. I den svenska manualen för KASAM rekommenderar Hansson och Olsson (2001) att man endast använder totalpoängen.

I en sampl drogmissbrukare (n=179) är korrelationerna med BCT överlag låga. OOC visar en positiv korrelation med Meningsfullhet och det förväntade sambandet med totalpoängen är på gränsen till signifikant. Sambanden är negativa för OPC samt OCC (appendixtabell A.32). Inga signifikanta samband mellan KASAM och ARC fanns.

#### *The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*

AUDIT är ett 10-itemsskala som mäter grad av alkoholkonsumtion. Skalan har normerats och validerats av Bergman och Källmén (1994; 2000). I föreliggande studie har korrelation med BCT beräknats i en grupp vårdpersonal (n=60) och i en patientgrupp med alkoholmissbrukare (n=89). Variablerna i AUDIT är riskkonsumtion, beroendesymtom, och skadlig konsumtion samt en totalpoäng.

I normalgruppen finns ett signifikant samband, nämligen mellan OPC och riskkonsumtion ( $r = .38$ ). Se appendixtabell A.33. I patientmaterialet ( $n=89$ ) kan inga samband beläggas (appendixtabell A.34).

#### *Alkoholvaneinventoriet – AVI-R*

Modellen har översatts och standardiserats och validerats till svenska av Bergman och Källmén 1996. Testet har fem olika skalor som mäter olika grader av problem i området, som mängd alkohol, psykologiska vinster av alkohol, social funktion/dysfunktion och relationskomplikationer.

Följande korrelationer har beräknats på patientmaterial med alkoholberoende/missbruk ( $n=32$ ) i LVM-vård. I beräkningarna används råpoäng för BCT mot kvartiler för originalskalorna och decentiler för sammanfattningsskalorna i AVI-R (se appendixtabell A.35). Kvartilmått i AVI visar flera korrelationer med BCT-variablerna som dock är svårtolkade. Därför koncentreras resultatredovisningen till decentilvärdena.

För OOC fanns negativa signifikanta korrelationer med Alkoholmissbruk ( $r = -.48$ ) och Psykologiska vinster ( $r = .37$ ) medan OCC visar positiva samband med de bägge variablerna ( $r=.52$ ; respektive  $r = .50$ ). OPC gav positiva signifikanta samband med Relationskomplikationer ( $r = .34$ ). Variabeln ARC gav signifikanta korrelationer med Användning av sedativa ( $r = .48$ ) samt Tidigare samlevnadsproblem ( $r = .38$ ).

Korrelationerna med OCC indikerar patienternas uppfattning om alkoholen som symtomlindrande och en tilltro till alkoholens magiska egenskaper. Sambandet med Psykologiska vinster pekar också i samma riktning. Variabeln OPC korrelerade på kvartilnivå med aggressivitet och Partners reaktioner, vilket förklarar sambandet med Relationskomplikationer.

#### *Inlärningsstil enligt LSI-2*

Testet har ursprungligen utvecklats av Kolb (Kolb, 1976; 1985; & Kolb, Boyatzis, och Mainemelis 2001). Tidigare svenska översättningar har inte varit standardiserade eller validerade som den här använda nybearbetningen av Marke (2000) samt Marke och Cesarec (2007).

Testet mäter inlärningsstilar i två bipolära variabler: Emotiv till Rationell och Reflektiv till Pragmatisk. Utifrån individens läge på dessa två variabler görs sedan med hjälp av gruppmedianer en indelning i fyra lärstilar. För utförligare beskrivning av LSI-2 och SP-formuläret. (Se testbeskrivning i appendix).

I en grupp med 191 personer ur normalmaterialet ( $n=191$ ) kunde korrelationer mellan BCT och Learning Style Inventory (LSI-2) beräknas (appendixtabell A.36). Individer som har höga värden på Oral Optimism tenderade i enlighet med hypotesen att vara emotiva ( $r = .21$ ,  $p < .005$ ) och pragmatiska ( $r = -.18$ ,  $p < .02$ ) i LSI-2. I enlighet med hy-

potesen tenderar de med analt reaktiva karaktärsdrag att vara mer rationella ( $r = -.19$ ,  $p < .01$ ). Samma BCT-variabler skiljer också signifikant mellan de fyra inlärningsstilarna i LSI-2.

**TABELL 29.**

Univariata variansanalyser och post-hoc-jämförelser enligt Tukey av BCT-variabler mellan de 4 inlärningsstilarna enligt LSI-2 i normalmaterialet ( $n=191$ ).

Subskala på BCT	Univariat ANOVA		Eta-squared	Riktning i medelvärdesdifferensen	Signifikansnivå
	F	p			
Oralt Optimistisk Karaktär (OOC)	5.083	.002	.075	Accomoderande > >Assimilerande Accomoderande >Konvergerande	$p < .004$ $p < .005$
Oralt Pessimistisk Karaktär (OPC)	.065	.978	.001		
Analt Reaktiv Karaktär (ARC)	2.84	.039	.044	Konvergerande > Divergerande	$p < .048$
Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC)	.142	.935	.002		

Den multivariata analysen (MANOVA) gav en signifikant Wilk's Lambda = .888,  $p = .037$ . Eta-squared = 0.040. Univariata analyser visade att skillnaden fanns i Oral Optimism och Analt Reaktiv Karaktär så att de med accomoderande lärtstil var mer oralt optimistiska än de med assimilerande och konvergerande inlärningsstil. De med konvergerande lärtstil låg vidare högre på Analt Reaktiv Karaktär än de med divergerande lärtstil.

#### Ätstörningar – Eating Disorder Inventory (EDI)

EDI presenterades första gången 1983 och publicerades 1984 (Garner, Olmsted, 1984). En revision var EDI-2 från 1991. Det svenska frågeformuläret har 64 påståenden med en sexgradig svarsskala från *alltid* till *aldrig* (Norrning, 1994). Utöver de 64 frågorna innehåller EDI tre preliminära delskalor bestående av ytterligare 27 frågor. Delskalorna är åtta: Viktfofi (V), Bulimi (B), Missnöje med kroppen (MK), Låg självkänsla (LS), Perfektionism (P), Interpersonell misstro, (IoM), störd Interoceptiv medvetenhet (IM) och Rädsla för vuxenlivet (RV). De tre preliminära skalorna är: Asketism (A), Störd impulsreglering (IR), och Social osäkerhet (SO).

I en grupp kvinnor med ätstörningar ( $n=28$ ) korrelerar OOC negativt med Interpersonell misstro ( $r = -.53$ ), Social osäkerhet ( $r = -.42$ ) samt med Låg självkänsla ( $r = -.34$ ), appendixtabell A.37. Omnipotent kompulsiva karaktärsdrag (OCC) korrelerar vidare positivt med Bulimi ( $r = .33$ ). I gruppen visar OPC ( $r = .52$ ) och OCC ( $r = .50$ ).



Mätt med BCT får gruppen patienter med ätstörning den mest extremt avvikande profilen av alla kliniska grupper (se figur 3, sidan 27). Se även appendix tabell A.37.

#### *Socio-Psykoberhov – SP-formuläret*

SP-formuläret mäter socioberhov som är en kombination av strukturberhov och distansberhov. Socioberhov mäts med totalpoängen (höga) och motpolen till socioberhov i SP-formuläret är psykoberhov. Vid den andra polen av skalan, som omfattar individer med starka psykoberhov, finns de med en lägre betoning av struktur och mer upplevande och improvisation (Marke och Marke 2003). För utförligare beskrivning av SP-formuläret se testbeskrivning i appendix, sidan 102–103.

I appendix tabell A.38 redovisas korrelationerna mellan BCT och totalpoängen i SP-formuläret samt de två underfaktorerna. Individer med höga poäng på Oral Optimism tenderar att ligga mer mot polen Psykoberhov än mot Socioberhov ( $r = -.19$ ,  $p < .01$ ). Av underfaktorerna är det distansberhovet som korrelerade negativt med Oral Optimism ( $r = -.16$ ,  $p < .05$ ). Oral Optimism samvarierar alltså med berhovet av närhet till och kontakt med andra människor.

Sambanden mellan Analt Reaktiv Karaktär och SP var signifikanta så att individer med höga poäng på ARC också hade högre Socioberhov ( $r = .46$ ) och framför allt Strukturberhov ( $r = .50$ ). Sambandet med Distansberhov var mycket lägre ( $r = .17$ ,  $p < .05$ ). Oral Pessimism (OPC) och Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC) visade inga samband med Socio-Psyko-berhovsvariablerna.

#### *Intelligens (SRB)*

I en grupp patienter med blandad missbruksproblematik ( $n=44$ ) beräknades sambanden mellan begåvningsstestet SRB: synonymer, reasoning (figurklassifikation) samt blocktestet som mäter visuospatial förmåga och BCT (appendix tabell A.39). Det fanns i enlighet med förväntan inga korrelationer mellan BCT-variabler och SRB-testet, med ett undantag nämligen en positiv korrelation mellan Oral optimism (OOC) och "Figurklassifikation" i SRB-testet, (Dureman, I. & Sälde, H. 1968).

## Sammanfattning av samband med andra test

Enligt korrelationerna med andra test och skalor får vi för BCT-variablerna följande beskrivning som ganska bra motsvarar tidigare beskrivningar och våra förväntningar. Den orala optimisten är som väntat en person som karakteriseras av extrovert hållning: Extraversion (EPQ) och hög Affiliation i CMPS. Extraversionen färgas av viss rörlighet, flyktighet, intresse och övergående engagemang (subsoliditet: MNT, KSP, SSP)



TABELL 30.

Kort sammanfattning av drag karakteristiska för BCT-variabler och deras samband med andra test, skattningsskalor och diagnoser.

	Relationell orientering	Positiva drag	Negativa drag	Samband med andra test	Försvar	Störning
OOO	socialt sökande	öppen impulsiv sociabel dristig tilllitsfull	happy-go-lucky dependent oansvarig	extraversion <sup>2</sup> affiliation <sup>1</sup> dominans <sup>1</sup> exhibitionism <sup>1</sup> emotiv <sup>13</sup> Monotony Avoidance <sup>3</sup> adventure seeking <sup>3</sup> supervaliditet <sup>4</sup> Intern Locus of Control <sup>8</sup> pragmatisk <sup>13</sup>	förskjutning sublimering	ev bristande impuls kontroll
OPC	fientligt avvisande	ambitiös självständig	passiv aggressiv egocentrisk asocial avundsjuk	intraversion <sup>2</sup> aggression <sup>1,3,7,11</sup> neuroticism <sup>1,2</sup> autonomi <sup>1</sup> non-konform <sup>1</sup> Achievement <sup>1</sup> irritabilitet <sup>3</sup> brist. sociabilitet <sup>1,3</sup> brist på tillit <sup>7</sup> högriskkonsumtion av alkohol <sup>10,11</sup>	förskjutning reaktionsbildn projektion	depression <sup>5,6</sup> missbruk <sup>5</sup> personlighetsstörning <sup>5</sup> paranoia <sup>6</sup> suicid <sup>5</sup> ätstörning <sup>5</sup>
ARC	kontroll genom att följa regler normer och mores sparsam/slösaktig girig	ordentlig punktlig pålitlig rigid renlig Jagsvaghets <sup>1</sup> stresskänslighet <sup>7</sup> Detachment <sup>3,7</sup>	pedantisk perfektionistisk guilt feelings <sup>1,3</sup> envis	Need Order <sup>1</sup> konformitet <sup>1</sup> reaktionsbild strukturbehov <sup>12</sup>	förskjutning sublimering schizofreni <sup>5</sup> isolering	depression <sup>5</sup> paranoia <sup>5</sup> ätstörning <sup>5</sup>
OCC	kontroll gnm omnipotens och magiskt tänkande	samvetsgrann intresse för religiösa och politiska idéer	grubblande kontrollerad tvångsstyrd obeslutsam	guilt feelings <sup>1,3</sup> neuroticism <sup>1,2</sup> pass.dependens <sup>1</sup> neurotisk självhävdelse <sup>1</sup> Jagsvaghets <sup>1</sup> brist på tillit <sup>7</sup> somatisk ångest <sup>3</sup> psykisk ångest <sup>3,7</sup> Extern Locus of Control <sup>8</sup> Låg upplevelse av sammanhang <sup>9</sup>	förskjutning upphävande isolering	tvång <sup>5,6</sup> psykotiska symtom <sup>5,6</sup> paranoia <sup>6</sup> borderline <sup>5,14</sup>

Siffrorna i tabellen avser följande test: CMPS<sup>1</sup>, EPQ<sup>2</sup>, KSP<sup>3</sup>, MNT<sup>4</sup>, DSM-III-R<sup>5</sup>, SCL-90-R<sup>6</sup>, SSP<sup>7</sup>, Locus of Control<sup>8</sup>, KASAM<sup>9</sup>, Audit<sup>10</sup>, AVI<sup>11</sup>, SP<sup>12</sup>, LSI<sup>13</sup>, DIP-Q<sup>14</sup>.

samt exhibitionism och behov av uppmärksamhet (CMPS). Ytterligare egenskaper är Adventure Seeking (SSP) samt Monotony Avoidance (KSP). Karakteristiskt för den oralt optimistiske är också viss grad av dominans (CMPS, SSP). Kontrollmekanismer är mer interna än externa (CMPS).

Den oralt optimistiske förnekar egenskaper som har en patologisk anknytning, vilket visar sig ännu tydligare i förnekande av symtomförekomst (SCL-90, SF 36 och AVI-R). Sociala relationsmätt som Social integration (ISSI), samt Upplevelse av mening (KASAM) stöder antagandet om en "friskhetsaspekt" i Oral Optimism-variabeln. De oralt optimistiska är vidare emotiva och pragmatiska med behov av närhet (LSI och SP).

Det mest karakteristiska för oralt pessimistiska personer är som väntat aggressiviteten, för vilken sambanden som regel är höga både i normal- och patientmaterialet (CMPS, KSP och SSP). Förutom impulsiv aggressivitet och irritabilitet visar den oralt pessimistiske drag av både verbal och fysisk aggressivitet. Denna aggressiva hållning resulterar i en låg grad av sociabilitet och brist på tillit mot omgivningen (CMPS, KSP, SSP). I stället visar den oralt pessimistiske en strävan mot Autonomi och Nonkonformitet (CMPS). Kontrollerna är av mer extern natur än intern (Locus). Vidare präglas individen av muskulär spänning (KSP), social avskärmning (SSP), skuld känslor och jagsvaghet (CMPS) samt styrs av sociala regler och strävan mot konformitet (CMPS, SP).

I motsats till den orale optimisten tillskriver sig den oralt pessimistiske egenskaper med patologisk anknytning och uppvisar såväl psykiska som somatiska symtom (EPQ, KSP, SSP, SCL-90, SF-36). Individer med höga värden på Analt Reaktiv Karaktär präglas av behov av ordning, renlighet, planering och struktur (CMPS, SSP, SP). Personen undviker också spänning och äventyrligheter.

Förutom vissa neurotiska drag (CMPS, EPQ) medger analt reaktiva personer relativt få symtom. Teoretiskt och praktiskt intressant är att Analt Reaktiv Karaktär i BCT uppvisar låga korrelationer med tvång (SCL-90). Detta bekräftar vår utgångspunkt att den klassiska analiteten och tvång är två oberoende variabler.

Individer med Omnipotent Kompulsiv Karaktär präglas främst av samvetsproblem med skuld känslor (CMPS, KSP), och med krav och förväntningar förlagda till "mäktiga andra" (extern kontroll i Locus). I bilden finns markanta inslag av aggressivitet och irritabilitet (CMPS, SSP). Den omnipotent kompulsive visar både somatisk och psykisk ångest (KSP, SSP) samt brist på tillit (SSP).

Den kliniska bilden av omnipotent kompulsiva individer präglas av att dessa är generellt symtomrika både vad avser somatiska och psykiska symtom (SCL-90, SF-36, AVI-R). De mest karakteristiska symtomen är dock de obsessivt-kompulsiva (SCL-90).

# DISKUSSION

Utgångspunkten för BCT är två studier av Kline & Storey (1977) respektive Sandler & Hazari (1966) som visade att både oralitet och analitet i den klassiska meningen bestod av vardera två ortogonala faktorer.

En ren översättning av inventorierna som använts av Kline & Storey (1977) och Sandler & Hazari (1966) fungerade inte. Efter flera itemanalyser omformulerades eller nyformulerades items så att de visade en acceptabel diskrimineringsstyrka redovisat i Dp-värden. En preliminär principalkomponentanalys med varimaxrotering gav den förväntade uppdelningen av oralitet respektive analitet i vardera två faktorer. Tjugo items med acceptabla laddningar per faktor behölls i det nykonstruerade formuläret.

Som resultat av faktoranalysen kom BCT-formuläret att omfatta 80 items som mäter fyra variabler här benämnda Oralt Optimistisk Karaktär, Oralt Pessimistisk Karaktär, Analt Reaktiv Karaktär och Omnipotent Kompulsiv Karaktär. Av dessa 80 items var cirka 50 procent översättningar av Kline & Storey's respektive Sandler & Hazari's formulär, medan hälften var nykonstruerade. I en sista variant gjordes faktoranalyserna om, nu med tetrakoriska korrelationer som är bättre anpassade till dikotoma svar än ordinär produkt-momentkorrelation. De förnyade analyserna gav en förklarad varians av 28 procent i 80-itemsversionen och 36 procent i en förkortad skala med 60 items. Faktorstrukturen var "renare" i den förkortade skalan.

De två variablerna Oral Optimism respektive Oral Pessimism, motsvarar helt den uppdelning som Kline & Storey (1977) beskriver. Att tidigare studier av oralitet har gett olika och ofta motsägelsefulla resultat kan bero på att man har blandat samman oralitetens optimistiska respektive pessimistiska aspekter eller har betraktat dessa som poler i en och samma variabel i stället för två oberoende dimensioner.

Vi får också stöd för Sandler & Hazari's (1966) antagande att den klassiskt anala karaktären med envishet, ordentlighet och sparsamhet som typiska drag, är skild från tvångskaraktären. I klassisk psykoanalytisk litteratur har den anala karaktären följt Freuds tankegångar från 1914 och man har betraktat den som grunden till tvångsbeetende i vidare mening (Freud 1974, MacWilliams 1994). Freuds tanke var att om en person med anal karaktär utvecklade symtom senare i livet, så blev dessa sannolikt tvångssymtom. En del motsägelsefulla resultat och sammanblandning av anal- och tvångskaraktär kan vara konsekvensen av att forskarna använt huvudsakligen patientmaterial, enkönade patientmaterial eller blandade normal- och patientmaterial (se Lazare, Klerman, och Armor, 1966 och 1970; Lazare 1971).

I vår studie delar faktoranalyserna det klassiska fenomenet analitet i två i det närmaste oberoende faktorer som i BCT benämns: Analt Reaktiv Karaktär respektive Omnipotent Kompulsiv Karaktär. Sandler använde begreppet Reaktiv Narcissistisk Karaktär då han anser att individen försöker uppfylla kraven från ett överdrivet jagideal genom stela "anala" strategier med ökad självkänsla och narcissistisk vinst. Enligt vår uppfattning kan faktorn bäst beskrivas som Analt Reaktiv Karaktär utan onödig inblandning av det ganska komplicerade narcissismbegreppet som innehåller sammanblandningar av antaganden om tidig utveckling, självkänsla och reglering av självkänslan (Stolorow 1975). Slanders benämning av den andra dimensionen var Obsessional Personality medan vi benämmer faktorn Omnipotent Kompulsiv Karaktär. Vi menar att beteenden som beskrivs i dessa items i mindre grad är indikatorer på försvarsmekanismen isolering än på försvarsmekanismen upphävande (undoing) eller magiskt tänkande, och kan anses vara relaterade till den infantila omnipotensen och dess normala utveckling (Pumpian-Mindlin 1968). Magiskt tänkande i form av ritualer, räknemagi, rörelsemagi eller tillit till högre makter, institutioner eller teorier är i den meningen inte "primitivt" utan en avancerad del av mänskligt tänkande. Sammanfattande skulle man kunna beskriva beteenden i denna variabel som försök att uppnå kontroll med magisk kraft och variabeln benämndes därför Omnipotent Tvångskaraktär, OCC.

En del indikatorer (items) i BCT är symtomlika. Det gäller i synnerhet Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC). Den klassiska distinktionen mellan *karaktär* (personlighetsdrag) och *symtom* är att karaktärsdrag är egosyntona medan symtom är egodystona: att de upplevs besvärande, främmande och sjukdomsliknande för individen. Henry Krystal har i flera arbeten diskuterat frågan om varför toleransen för symtom varierar, vad som möjliggör ökad tolerans för symtom och hur regressiva processer minskar individens ångesttolerans (Krystal 1974, 1975, 1978, 1988). Medan personlighetsdrag upplevs som egenskaper – möjligen egenheter – upplevs symtom ofta som besvärande, som sjukdomar, utifrån kommande hot mot individens självkänsla, det som Krystal träffande benämnt affektregression (Krystal 1974). Man saknar kontroll över symtom medan man tror sig ha kontroll över sina personlighetsegenskaper. I klassisk psykoanalytisk teori (Freud 1916; Fenichel 1945) betonas att symtom innebär att borträngningen misslyckats och ångest väcks, medan personlighetsdrag förutsätter en fungerande borträngning med åtföljande reaktionsbildning och sublimering. Ytterst blir gränsen alltid en fråga om intensiteten i en upplevelse.

Variablernas reliabilitet som beräknats i tre olika grupper – drogmisbrukare, allmänpsykiatriska patienter och "normala" – är tillfredsställande, särskilt då formuläret används vid gruppjämförelser. Retestreliabiliteten är förvånansvärt hög även över långa tidsintervall och i grupper där förändringar objektivt har verifierats i tunga kliniska variabler som minskat drogmisbruk och förbättrad social funktion. Förändringarna redovisas för de drogmisbrukare som blivit drogfria och där minskar patologiska dimensioner som Oral Pessimism och omnipotent kompulsiva drag i en riktning som får anses gynnsam, medan förändringar helt uteblir för de som inte är drogfria. Föränd-

ringarna motsvarar som regel mindre än en standardavvikelseenhet men är signifikanta. Förutsättningar för att man ska få en sådan här stabilitet i mätningar över relativt lång tid är såväl god reliabilitet i testet som en hög grad av stabilitet i de egenskaper som mäts. Vi menar att BCT speglar stabila karaktärs-/personlighetsdrag.

Det nykonstruerade BCT-testet standardiserades på ett rikssampel som togs ut av ett opinionsinstitut som en del av en fortlöpande panelundersökning. Av urvalet om 1 007 personer sände 860 personer in ifyllda och användbara testformulär. Någon systematisk skillnad mellan respondenter och nonrespondenter förelåg inte utom för ålder och civilstånd. Vi anser att förfarandet var snabbt och kostnadseffektivt och metoden tycks vara användbar vid standardisering av frågeformulär och enklare test.

Faktoranalys på rikssamplet enligt Principal Component Analysis med tetrakoriska korrelationer bekräftade fyra klart avgränsade faktorer motsvarande de fyra variablerna. Några items befanns onödiga och en kortare version av formuläret med 60 items konstruerades. Konfirmatoriska faktoranalyser av både 80-items- och 60-itemsmodellen visar att bägge versionerna passade bra till den teoretiskt givna fyrfaktormodellen men att den reviderade 60-itemsversionen hade högre förklarad varians och därmed var att föredra. Enskilda items korrelation med respektive skala ger tillfredsställande resultat. Korrelationerna mellan de fyra variablerna i BCT är överlag så låga att de kan betraktas som ortogonala faktorer. Undantaget är OCC som visar något högre samband med Oral Pessimism och Analt Reaktiv Karaktär.

Reliabiliteten i standardiseringssamplet, beräknat med Cronbach's Alpha, kan anses vara tillfredsställande för gruppjämförelser och motsvarar de tidigare funna reliabilitetsnivåerna för olika grupper. Stabiliteten över tid har inte kunnat beräknas för rikssamplet. Test-retestreliabiliteten var hög.

Det tycks finnas skillnader mellan könen i "oraliteten" så att kvinnor är mer oralt optimistiska (OOC) och mindre oralt pessimistiska (OPC) än män. Även Omnipotent Kompulsiva Karaktär (OCC) visar en statistisk tendens så att kvinnor ligger högre, medan Analt Reaktiv Karaktär (ARC) inte visar någon skillnad mellan könen. Även om skillnaderna mellan könen är relativt små, beslutade vi att beräkna linjära T-poäng för män och kvinnor var för sig.

BCT-variablerna OOC, OPC och OCC korrelerar också svagt negativt med ålder medan ARC visar en låg positiv korrelation. Trots att korrelationerna är måttligt höga är de signifikanta och vi har vid beräkningen av T-poäng korrigerat även för ålder.

Med de nya beräknade linjära T-poängen försvinner skillnaden mellan könen liksom sambandet med ålder. Ett försök med normering genom staninepoäng gjordes, men då standardiseringsmaterialet inte tillät en korrigerigering för ålder, korrigerades staninepoängen enbart för kön.

Faktoranalys på itemnivå enligt principalkomponentmetoden och i ännu högre grad konfirmatorisk faktoranalys, ger starkt stöd för formulärets konstruktionsvaliditet (Construct Validity). Förutom konstruktionsvaliditet har testet validerats med hjälp av gruppjämförelser och jämförelser med ett antal andra relevanta test. Det vill säga samtidig validitet har undersökts, och i vissa sammanhang också prediktiv validitet.

De funna könsskillnaderna med mer oralt optimistiska kvinnor och mer oralt pessimistiska män går i förväntad riktning. Dessa könsskillnader fann vi dock inte hos vård- och behandlingspersonal samt tjänstemän inom vårdorganisationer. Däremot ligger kvinnor i denna grupp högre än män på Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC). Skillnaden kvarstår även vid beräkningar med könskorrigerade T-poäng, vilket tyder på att skillnaden är en genuin skillnad mellan grupperna och inte enbart beroende av kön. Avsaknaden av skillnader i oralitet kan bero på att både män och kvinnor i vårdyrken och relaterade arbeten är mer omhändertagande och relationsorienterade (oralt optimistiska) än i ett normalmaterial som rikssamplet. Man skulle med lite modernare begrepp kunna plädera för att Oral Optimism i sin positiva pol innehåller element av trygg anknytningsstil (se Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

Könsjämförelser för övriga normalgrupper och för patientgruppen är inte meningsfulla eftersom män är för få i vissa normalgrupper, medan diagnos i patientgruppen inte är oberoende av kön.

I en jämförelse mellan rikssamplet och normalmaterialalets olika yrkesgrupper är gruppen kriminalvårdspersonal mest lik genomsnittet i rikssamplet, medan den grupp som avviker mest är behandlingspersonal. I en avhandling jämte artiklar av Augestad (1992, 1994; 1994b) på det som senare blev hennes arbetsplats, jämförde hon fängelsepersonal och vårdpersonal vid ett rättspsykiatriskt specialistsjukhus i Norge. Hon fann att fängelsepersonalen i väsentliga avseenden liknade genomsnittet i befolkningen mätt med personlighetstestet KSP medan behandlingspersonalen vid specialistsjukhuset hade mer impulsivitet, sensationssökande, Monotony Avoidance och Irritability än fängelsepersonalen. Även om Augestads fynd veterligt inte replikerats får vi också i vårt eget material belägg för att behandlingspersonal är mer oralt optimistisk, mindre pessimistisk, mindre beroende av regler och struktur samt visar mindre kontroll genom omnipotens jämfört med standardmaterialalets. Även andra vårdinriktade grupper som sjuksköterskor och socionomer följer samma profil i jämförelse med riksgenomsnittet. Profilen är helt i linje med vad teorin förutsagt.

Alla fyra yrkesgrupperna har samma förhöjda orala optimism och de skiljer sig inte sinsemellan. Skillnaderna mellan yrkesgrupperna är störst i ARC. Kriminalvårdsgruppen är mer benägen att följa regler och har större strukturbehov än behandlingspersonal, som kan tänkas vara mer personorienterade och kanske mindre styrda av regler och yttre struktur. Liknelserna med Augestads fynd är stora; socialhögskolestuderande ligger högre än andra vårdgrupper på omnipotent kompulsiv karaktär. Detta har

vi svårt att förklara. Visserligen är socionomgruppen den yngsta, men korrigeringen med T-poäng borde eliminerat skillnader beroende på åldern. Vi lämnar frågan öppen.

Som vi tidigare beskrivit är en del items i BCT symtomlika och i en jämförelse mellan normal- och patientgruppen förväntar man sig tydliga skillnader. Patienterna är jämfört med rikssamplet klart mindre oralt optimistiska, mer pessimistiska, analt reaktiva och omnipotent kompulsiva. Skillnaderna blir ännu större om man jämför patientmaterialet med vårdinriktade normalgrupper. Dessa skillnader är större än förväntat och visar att Oral Optimism är en "friskhetsdimension", medan förhöjd Oral Pessimism, analt reaktiva drag och omnipotent kompulsiva drag kan vara patologiindikerande.

BCT-testet diskriminerar inte bara klart mellan normal- och patientgrupper utan predicerar också grupptillhörighet så att hela 72 procent av materialet placeras korrekt. Det är intressant att andelen personer i normalgruppen som prediceras tillhöra patientgruppen (falskt positiva) i vår undersökning motsvarar den av Ottosson (2004, sidan 15) beskrivna andelen personer i normalbefolkningen (cirka 30 procent) som någon gång har psykiska besvär av sådan valör att de behöver söka hjälp men egentligen är "friska". I vårt material är det huvudsakligen sjukhusvårdade patienter som undersökts. Men att andelen likväl inte är större kan bero på att en stor del av patienterna i vårt valideringsmaterial är narkomaner, där enligt flera studier cirka 20 procent inte har någon psykisk störning utöver missbruket (Fridell 1990, 1991, 1998, 2004).

En bekräftelse på formulärets diskrimineringsförmåga för graden av friskhet får man genom jämförelser mellan grupper med höga respektive låga värden på psykosocial funktionsnivå i Global Assessment of Functioning (GAF). Den undre gränsen för GAF brukar anges till cirka 70 poäng. Medianen i vårt patientmaterial hamnar på denna gräns (md=70). Patienter som ligger under medianen är mer oralt pessimistiska och mer omnipotent kompulsiva än de som ligger över medianen. Prediktionen av grupptillhörighet baserad huvudsakligen på OOC-variabeln, som placerar 63 procent av patienterna korrekt, något bättre för gruppen under medianen än för de över medianen. Det ska ånyo betonas att många av patienterna i vårt valideringsmaterial är missbrukare (narkotikamissbrukare) som inte har psykisk sjukdom i egentlig mening och därför ligger högre på GAF än andra kliniska grupper. Dessa resultat, tillsammans med testets förmåga att diskriminera mellan normala och patienter, visar att testet kan användas som en indikator på psykopatologi.

De patientgrupper som testet validerats mot är drogmissbrukare, alkoholmissbrukare och allmänpsykiatriska patienter. Det allmänpsykiatriska materialet delades in i följande diagnostiska grupper: neurotiska störningar, affektiva störningar, schizofreni, anpassningsstörningar (krisreaktioner) och depression UNS. Åtstörningar utgör en speciell grupp eftersom teorin bakom formuläret postulerar att åtande bör vara kopplat till oralitet. Att vi i vårt patientmaterial har en så stor grupp av personer med personlighetsstörningar, beror på att många är missbrukare, då huvudsakligen narkomaner,



vilket medför att personlighetsstörning är vanlig, något som äger sin giltighet både i kliniska material (Fridell 1990,1991,1996a; 1998, 2004; Fridell & Hesse 2006) och i normalmaterial (Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, J., & Pickering, R.P. (2004).

I en jämförelse mellan fyra större diagnostiska grupper – drogmissbrukare, alkoholmissbrukare och allmänpsykiatriska patienter samt personer med ätstörningar – är de sistnämnda trots sin ringa storlek mest avvikande. Individer med ätstörning är minst oralt optimistiska och mest oralt pessimistiska, analt reaktiva och omnipotent kompulsiva. Skillnader mot de övriga patientgrupperna är störst för Oral Pessimism och Anal Reaktivitet. Resultatet får betraktas som tentativt men intressant och skulle behöva valideras ytterligare i större material än det befintliga.

Iögonfallande är den allmänpsykiatriska gruppens låga Orala Optimism, och höga värden på Analt Reaktiv och Omnipotent Kompulsiv Karaktär. Denna grupp är också den psykiatriskt mest belastade (axel I). I övrigt diskriminerar BCT inte mellan olika enskilda diagnostiska grupper. Alla patientgrupper visar samma karakteristiska profil med låg Oral Optimism och förhöjda värden på övriga tre variabler. Den diagnostiska grupp där BCT visar högst prediktionsförmåga är *ätstörningar* och där placeras 68 procent av patienterna korrekt. Det är intressant att i en studie av ett stort norskt normalmaterial om 6 313 män och kvinnor, så fann Alnaes och Torgersen (1999) och Perry, Silvera, Rosenvinge et al (2001) att orala personlighetsdrag mätt med Torgersens Basic Character Inventory (1980), gav den bästa prediktionen av ätstörningar för bägge könen. I motsats till vår skala: Analt Reaktiv Karaktär, predicerade Torgersens skala Obsessiv Personlighet *inte* ätstörning. En förklaring till dessa olikheter kan vara att det mycket stora materialet i Perry's et al studie är ett screeningmaterial i en normalbefolkning där jämförelserna görs utifrån resultat på en ätstörningsskala, medan vårt material består av en diagnostiserad ätstörningsgrupp som vid mättillfället sjukhusvårdades: alltså skillnader i urvalet. Perry et al betonar åtminstone för kvinnor frånvaron av personlighetsdraget "sparsamhet" – medan det hos kvinnorna i vår ätstörningsgrupp finns en klart förhöjd Analt Reaktiv Karaktär. Viktigt att notera är att i beskrivningen av den analt reaktiva karaktären ingår förutom sparsamhet även dess motsats, spenderingsamhet. Deras fynd behöver således inte stå i motsats till våra resultat.

Undersöker man skillnader mellan de fem diagnosgrupperna inom den allmänpsykiatriska gruppen ger en multivariat analys inga signifikanta skillnader, vilket delvis beror på det relativt låga antalet i subgrupperna. Utökas antalet i jämförelserna genom att missbrukare som förutom missbruksdiagnosen också har en klinisk psykiatrisk diagnos (DSM – axel-I) inkluderas, skiljer framför allt Analt Reaktiv Karaktär mellan grupperna så att de med dysthymi ligger högre än ångest- och depressionspatienterna. Dysthymi karakteriseras av uttrötthet (asteni), bristande uthållighet (subvaliditet) och ångest eller andra neurotiska symtom och konflikter (neuroticism) vilket kan förklara skillnaderna (se Ottosson 2004; s 248).



Jämförs patienter med känt suicidförsök med andra allmänpsykiatriska patienter, så är suicidpatienterna mer impulsiva, mindre oralt aggressiva, och strukturbundna samt anmärkningsvärt mer präglade av ett krävande samvete, omnipotens och magiskt tänkande än övriga allmänpsykiatriska patienter. Möjligen kan omnipotens här betraktas som ett försvar mot ett krävande samvete. Det kanske ökar risken för upprepat suicid, som studerades av Eva Johnsson i ett arbete för SiS (Johnsson och Fridell 1999) och en avhandling (Johnsson 2002). En logistisk regressionsanalys, som kombinerade testen BCT, CMPS och SCL-90, placerade över 90 procent av patienterna i en suicidgrupp korrekt vad avser genomfört suicid (Eva Johnsson, 2003, personlig kommunikation). Kan resultatet från studien rekapituleras, är prediktionen sensationellt hög.

Patienter med personlighetsstörning är mer oralt pessimistiska än patienter utan personlighetsstörning vilket skulle kunna förklara den bild som ofta presenteras i psykoanalytisk litteratur kring behandling av personlighetsstörningar, nämligen en person som är svårhanterlig, kravfylld och oförmögen att skjuta upp sina behov någon längre stund. Patienter med personlighetsstörning ligger också högre på omnipotent kompulsiva drag, vilket indikerar en högre nivå av magiskt tänkande, ritualer och grubblerier än för patienter utan. OCC har i andra sammanhang varit förhöjd i grupper med höga symtomnivåer (Fridell, Cesarec, Johansson, & Malling Andersen 2002). Hög Oral Pessimism och omnipotent kompulsiva drag går igen i flera beskrivningar av gruppen drogmissbrukare (Rado 1926, 1933; Fenichel 1945; Wurmser 1978; Krystal 1988). Våra resultat ligger också i linje med behandlares beskrivningar av de egenskaper hos tunga drogmissbrukare, som ofta väldigt svåra att bemöta och förhålla sig empatiskt till. Krystal & Raskin (1970) beskriver att behandlarens reaktion ofta präglas av att denne aldrig vet när "man gjort tillräckligt för patienten". Detta för tanken till den oralt pessimistiske som aldrig förmår visa när han/hon är nöjd och väcker känslor av otillräcklighet hos behandlarna.

Trots att patientgruppen i sin helhet ligger lågt på Oral Optimism så diskriminerar OOC de extroverta, expansiva patienterna i det dramatiska klustret från patienter med andra typer av personlighetsstörning, så att de dramatiska är mer oralt optimistiska än övriga grupper, det vill säga drag som kontaktsökande beteende, impulsivitet, och oansvarighet karakteriserar, som väntat, det "dramatiska" klustret. Medan Oral Optimism (OOC) skiljer ut personer i det "dramatiska" klustret, skiljer Oral Pessimism (OPC) ut klustret sensitiva från övriga. Personer i klustret sensitiva visar i lägre grad verbal aggressivitet, egocentricitet och därmed mindre asocial läggning. Individuer i det "udda" klustret är mest analt reaktiva (tendens) och mest omnipotent kompulsiva. De har ofta fastnat i rigida anpassningsmönster präglade av antingen kontroll genom att följa regler eller kontroll genom magiskt tänkande. Resultaten går helt i förväntad riktning.

När de olika enskilda personlighetsstörningarna studeras utifrån läget på variablerna i BCT, ligger histrion personlighetsstörning högst på Oral Optimism och undvikande

personlighetsstörning lägst. Paranoid personlighetsstörning ligger högst av alla personlighetsstörningarna på Oral Pessimism, tätt följd av borderline personlighetsstörning. Hos bägge störningarna förväntar man sig negativism, kravfylldhet, avund och verbal aggressivitet. De försvarsmekanismer som vi förknippar med OPC, nämligen förskjutning och projektion, är förväntat karakteristiska för paranoida störningar och borderlinestörningar. Dessa två störningar har också höga nivåer på variabeln Omnipotent Kompulsiv Karaktär. Högt på denna variabel ligger också, som förväntat, personer med tvångsmässig personlighetsstörning. Gemensamt för de här grupperna är omnipotens, ofta projicerad på andra personer, riter och rituellt beteende, magiskt tänkande, grubblande och tvång. Patienter med borderlinestörning karakteriseras som regel av instabilitet i personlighetsstrukturen i förening med höga nivåer av symtom, ofta polymorfa sådana (Kernberg 1975), medan den paranoide patienten framför allt ligger högt på (projicerad) aggressivitet. I enlighet med hypotesen präglas tvångspersonligheten av ritualer och magiskt tänkande, inte minst manifesterat i försvarsmekanismen upphävande.

Jämförs anti-social och "övriga" personlighetsstörningar visar det sig att anti-social ligger högre på optimism och lägre på Omnipotent Kompulsiv Karaktär än "övriga". Omnipotenta tendenser hos anti-sociala personer, liksom hos personer med narcissistisk personlighetsstörning, kan tolkas som att dessa är mer knutna till magiska föreställningar kring individen själv snarare än till andra personer eller idéer. Både Kohut (1968) och Kernberg (1975, 1977) beskrev denna företeelse som ett "grandiöst själv". Bägge förlade denna process tidigt i barnets utveckling, vilket vi ställer oss tveksamma till. Omnipotensutvecklingen spänner över en lång följd av år i barnets utveckling. Det som OCC i BCT-testet främst avses mäta är omnipotenta strävanden förlagda till omgivningen. Vi menar att detta kan tolkas som att personen utvecklingsmässigt inte gått vidare från den tidigare fasen, med omnipotensen kopplad till individen själv till den senare fasen av omnipotensutvecklingen där omnipotensen förläggs till yttre institutioner och abstrakta system (Pumpian-Mindlin 1968). Vi kan också förvänta oss att många personer med anti-social personlighetsstörning har bristfälligt utvecklade samvetsfunktioner medan ett krävande samvete däremot är ett centralt drag i OCC. Resultaten ligger i linje med tidigare fynd.

Gruppjämförelserna ger klart stöd för testets teoretiska och samtidiga validitet. I flera avseenden finner vi samma resultat som tidigare undersökningar visat och resultat som är i linje med de teoretiska förväntningarna. Övriga är att testet i vissa sammanhang också visar en klar prediktiv validitet vad gäller förmågan att diskriminera till exempel normala grupper och patientgrupper.

I nästa valideringsförsök studerades samband mellan BCT och andra test. Med några få undantag är korrelationerna med andra test lika oavsett om de beräknas i normalmaterialet eller i patientmaterialet. Därför diskuterar vi sambanden huvudsakligen för

bägge grupperna samtidigt. Totalt har jämförelser gjorts med 16 test eller kliniska skolor, samtliga standardiserade och validerade på svenska material.

Samband med andra test beskriver individer med hög Oral Optimism som utåtvända, socialt orienterade, närhetssökande, dominanta, stresståliga, angelägna att stå i centrum för andras uppmärksamhet, impulsiva, monotoniundvikande och äventyrliga. Vidare beskrivs de som ligger högt på OOC som socialt integrerade med både många kontakter och hög tillfredsställelse med dessa, samt en stark upplevelse av känsla av sammanhang och meningsfullhet. I Sjöbringska termer är de supervalida, substabila och subsolida eller uttryckt i dagligt tal, kyligt dominanta med aggressivt kravfyllda behov av kärlek och omtanke (Sjöbring 1973). De med hög Oral Optimism förlägger kontrollen över sin situation, mätt med Locus of Control, i stor utsträckning hos sig själva (inre kontroll). I normalgruppen visar personerna tendens till passivt beroende medan en sådan tendens saknas i patientmaterialet. Det är möjligt att patientrollen förstärker deras beroende. Tanken stöds av att patienterna i undersökningen visar signifikant högre passivt beroende än normalgruppen. Dependent personlighetsstörning mätt med DIP-Q går till och med i negativ riktning. Detta understryker personlighetsstörning som en avvikelse medan OOC snarast är en friskhetsfaktor med negativa korrelationer med symptom.

Individer med hög Oral Optimism kombinerar i sin inlärningsstil den emotiva, intuitiva lärostilen med pragmatiskt handlande och prövande. De kommer bäst till sin rätt i situationer som påkallar snabb anpassning och intuitivt handlande och förlitar sig mer på personlig erfarenhet än på analys och teori. "Trial-and-error" som problemlösningsstrategi kan betraktas som en positiv följd av deras impulsivitet.

Oralt optimistiska individer tycks undvika alkohol och upplever heller inte alkohol som en symtomlindrande substans mätt med Alkoholvaneinventoriet. Detta fynd går lite på tvärs med "klassiska teorier om alkoholism" som präglade av "orala" fixeringar. De negativa sambanden med symtomskalorna i främst SCL-90 och SF-36 indikerar att OOC kan betraktas som en "friskhetsvariabel". Den beskrivning av den oralt optimistiska karaktären som korrelationerna med andra test ger, motsvarar vissa delar av Gottheils (1965) beskrivning. Vi återfinner drag som passiv, dependent, dominant, optimistisk, glad, sociabel, intellektuellt nyfiken och öppen för nya idéer, impulsiv, otålig och rastlös. Dependens och passivitet bekräftas även av Lazare's et al (1966). Därutöver finner vi i hans beskrivning av den hysteriska personligheten drag som exhibitionism och emotionalitet men här finns ett problem, menar författarna, i sammanblandningen av hysteriska attribut och orala personlighetsfaktorer per se.

Det mest karakteristiska för individer med hög Oral Pessimism är impulsiv aggressivitet och irritabilitet, kverulans, distanstagande, brist på sociabilitet, krav på autonomi, och en aggressivt avvisande inställning mot omgivningen. Det finns ett kompensato-

riskt prestationsbehov hos den oralt pessimistiske. Psykologisk avskärmning och brist på tillit förstärks av den oralt pessimistiske personens tendens till att framställa sig själv i negativ dager. Riskfylld alkoholkonsumtion kan då tolkas som ett uttryck för denna aggressiva inställning.

Lazare's et al (1970), som har en helt annan definition av oral personlighet än den diskuteras, kommer likväl i sin beskrivning av den orala personligheten nära den oralt pessimistiska karaktären i BCT när de skriver: "the core oral traits of dependence, passivity, and pessimism suggest someone who needs and passively awaits supplies from outside of herself with little expectation that the supplies will be forthcoming" (Lazare 1970, sidan 283).

Höga samband med symtom i SCL-90 och SF-36 visar att Oral Pessimism har en betydande psykopatologisk valör, vilket även bekräftas av höga samband med GAF i DIP-Q:s självskattningsformulär liksom av positiva samband med övriga personlighetsstörningar.

Personlighetsdragen i Oralt Pessimistisk Karaktär som man får genom korrelationer med andra test motsvarar den andra delen i den orala karaktären som Gottheil (1965) beskriver: personen med den oralt pessimistiska karaktären som pessimistisk, verbalt aggressiv, defensiv med en undvikande hållning, ambitiös, impulsiv, rastlös och irriterbar. Pessimismen återkommer även i Lazare's et al (1966) beskrivning av den orala personligheten. Dessutom beskrivs självosäkerhet och distanstagande. Under "hysterisk personlighet" betonas aggressiviteten.

Med tanke på att Gottheil's beskrivning av det man ofta nämner som "oralitet", omfattar såväl oralt optimistiska karaktärsdrag som oralt pessimistiska, så finner vi så många överensstämmelser mellan beskrivningarna att vi anser att den samtidiga validiteten för såväl OOC som OPC stärks.

Personer med analt reaktiva drag utmärks mest av höga ordningsbehov, krav på struktur, regler och konformitet. Beteendet präglas av petighet och intresse för detaljer. Individen kan vara indifferent, reserverad och avvisande mot omgivningen. Vidare är individen skuldtyngd och upptagen av vad andra tycker. Personer med Analt Reaktiv Karaktär visar färre och svagare samband med symtom än övriga BCT-variabler. Mest påfallande är samband med stresskänslighet och muskulär spänning.

Det enda sambandet med tvång återfinns i DIP-Q:s obsessivt-kompulsiv personlighetsstörning. Gottheil's (1965) genomgång av den anala personligheten och tillhörande karaktärsdrag omfattar enbart de egenskaper som återfinns i den klassiska anala karaktären. I motsats till många andra psykoanalytiska teoretiker återfinns inte tvångsdrag i hans beskrivning av den anala karaktären. Beskrivning av analitet i BCT får via kor-

relationerna en samtidig validitet i Gottheil's beskrivning (1965) och Gottheil & Stone (1968): detached, skuldtyngd, ordningssam, pedantisk med intresse för detaljer. Jämför man Gottheil's beskrivning med våra samband, bekräftas att en analt reaktiv individ är ordentlig, pedantisk, konform, kontrollerad, och kan vara kall, reserverad och avvissande. Individen är vidare ihärdig och har svårt att tåla avbrott i pågående aktiviteter. Lazare's et al's (1966, 1970) beskrivning av den obsessiva personligheten är dock en blandning av Analt Reaktiv och Obsessivt Kompulsiv Karaktär. I hans beskrivning bekräftas för vår variabel Analt Reaktiv Karaktär, emotionell distans och ordentlighet, samt till viss del skuld känslor och superegokrav.

Personer med omnipotent kompulsiva karaktärsdrag kännetecknas av höga krav på sig själva, ett gnagande samvete med skuld känslor och underlägsenhetskänslor, jagsvaghet med ångest samt neurotiskt kompensatoriska strategier. Fientlighet, aggressivitet, irritabilitet, och muskelspänningar är drag som möjligen används i avskärmningssyfte. Individen karakteriseras vidare av en introvert läggning med passiv dependens, och låga behov av att direkt dominera andra. Hos patienterna åtföljs dessa karakteristika av misstro och detachment som kanske resulterar i att de undviker utmaningar och spänningsskapande aktiviteter och situationer. Samtidigt är individen upptagen av vad omgivningen tycker, och förlägger kontrollen till omgivningen (extern Locus of Control).

Att individer med omnipotent karaktärsdrag är ångestpräglade speglas i höga symtom nivåer på de flesta variabler i till exempel SCL-90 och SF-36. Liksom för Oral Pessimism är sambanden mellan OCC och symtomvariabler allmänna och icke diskriminerande. OCC:s psykopatologiska valör bekräftas även av sambandet med självskattningsversionen av GAF i DIP-Q liksom av sambanden med de flesta personlighetsstörningsvariabler i DIP-Q. Som vi tidigare påpekat inkluderar Gottheil inte tvångsdrag i sin beskrivning av den anala karaktären. Och trots beteckningen obsessiv personlighet hos Lazare et al (1966, 1970), finns i hans beskrivning få drag som motsvarar de i variabeln Obsessivt Kompulsiv Karaktär, förutom indikatorer på ett krävande samvete. Omnipotent Kompulsiv Karaktär är enligt vårt förmenande ett konstruktivt bidrag i diskursen om tvångsmässighet hos både normala personer och patienter.

Totalt gjordes 102 prediktioner. Av dessa bekräftades 76 (75 procent). Tre samband gick emot hypotesen. Utöver detta tillkom 53 samband som visserligen inte predicerats men som i de flesta fallen kan anses teoretiskt rimliga. Den beskrivning vi får genom samband med andra test och skalor motsvarar dels de teoretiska beskrivningarna, dels tidigare fynd genom studier med frågeformulärsteknik (Fridell, Cesarec, Johansson et al 2002; Lazare, et al 1966, 1970; Kline & Storey 1977).

Vi anser att beskrivningen av de fyra karaktärsegenskapsklustren som vi får via samband med andra test överensstämmer bra med andra forskares arbeten. Samtidigt framstår de fyra dimensionerna som unika, det vill säga inte väl beskrivna i andra

test, vilket redan Kline (1970) som i övrigt intog en kritisk hållning till psykoanalytisk teori, framhöll. Sambanden stödjer BCT-testets samtidiga (Concurrent) och Construct Validity.

**SLUTSATS:** Faktoranalys, gruppjämförelser och korrelationer med andra test stödjer validiteten i BCT. Samtidigt som faktoranalys bekräftar att variabler i BCT är relativt homogena konstellationer av personlighetsdrag, antyder korrelationer med andra test att just dessa konstellationer av personlighetsdrag är unika och inte mäts med andra test. Gruppjämförelser tyder också på att BCT-variablerna är meningsfulla och användbara.

# MANUAL

## ANVISNINGAR FÖR ANVÄNDNING AV BCT

### Testadministration

Frågeformuläret kan administreras såväl enskilt som i grupp. Instruktionen till patienten är så enkel att det i stort räcker med den som står tryckt på svarsblanketten. Upplys gärna respondenten att det inte finns några "rätta" eller "felaktiga" svar och att besvaret helst ska ske snabbt och utan längre överväganden.

Vid testning av vissa patientgrupper kan läs- och skrivsvårigheter förekomma, som utgör ett så stort hinder att testledaren i stället bör läsa upp frågorna för patienten och själv fylla i de svar respondenten ger.

Tiden för ifyllandet av formuläret varierar från 10 till 25 minuter.

Kontrollera vid återlämnandet att alla frågor besvarats och vid utelämnade svar, be om kom-plettering. Vid gruppctestning, be testpersonerna själv kontrollera att de besvarat alla frågor. Ett svarsbortfall över 10 procent ger minskad tolkbarhet av resultatet.

### Tillämpning

Testet är utprövat på personer ur normalbefolkningen och på kliniska grupper med en särskilt omfattande prövning för missbrukargrupper. Testet har således prövats på grupper där deltagarna inte hade något att vinna eller förlora på testningen. Detta innebär att här beskrivna skalegen-skaper inte automatiskt kan antas gälla i andra test-situationer utan att förnyade valdideringsprövningar görs. Testet är således inte utprövat vid till exempel urvalsprövningar.

Testet är i första hand standardiserat på fyra åldersgrupper. Standardiseringsmaterialet innehöll personer från 15 år till och med 74 år. Vi rekommenderar att testet används för personer från cirka 16 år och uppåt. Vi har inte haft några bekymmer vid bjudning till personer från 15 år och uppåt. Användning på personer över 70 år bör bedömas från fall till fall.

### Beräkning av råpoäng

Granska testblanketten och markera tydligt icke besvarade frågor liksom dubbelbesvarade frågor genom att stryka över bägge svarsalternativen JA och NEJ.

#### Manuell rättning

Var fjärde fråga i formuläret mäter en av de fyra variablerna med ordningen OOC, OPC, ARC och OCC. Observera att indikerande svar varierar mellan JA- och NEJ-alternativen eftersom en del frågor är avsiktligt "vända" i formuleringen för att undvika inverkan av svarsstil.

Vid manuell beräkning av poäng kan en mall för var och en av variablerna tillverkas genom att du klipper ut de indikerande svaren. Vi rekommenderar att du tar en testblankett för varje variabel så att det blir fyra mallar. Lägg sedan mallarna en efter en på svarsblanketten och summera testpersonens synliga markeringar av de indikerande svaren. Varje markerat indikerande alternativ räknas som 1. Obesvarade eller dubbelbesvarade items räknas som 0.5.

Beräknade råpoäng för de fyra skalorna bör omvandlas till någon form av standardpoäng, till exempel linjära T-poäng eller staninepoäng. T-poäng beräknas enligt nedanstående formel där  $X$  = observerade värdet,  $M$  = medelvärdet samt  $S$  = spridningen för variabeln i den för testpersonen relevanta köns- och åldersgruppen. De medelvärden och spridningar som erfordras finner läsaren i tabell 8, sidan 21. Underlaget för beräkning av staninepoäng återfinns i tabell 7 på sidan 21.

$$T = \frac{X - M}{S} \times 10 + 50$$

Linjära T-poäng har 50 som medelvärde och 10 i spridning, vilket möjliggör jämförelser med normalbefolkningen liksom mellan individer.

Råpoäng kan även omvandlas till staninepoäng med hjälp av tabell 6a och 6b (sidan 15). Staninepoängen har medelvärde = 5 med spridning = 2. I motsats till T-poäng är staninepoäng normaliserade. Dessa poäng är dock här enbart korrigerade för kön och bör användas i sammanhang där alltför stora ålderskillnader inte förekommer. Liksom T-poäng tillåter staninepoäng jämförelser med normalbefolkningen och mellan individer.



### *Bearbetning i dator*

Starta BCT-programmet enligt anvisning. Programmet frågar efter gruppen som testpersonen (tp) tillhör, kön, personnummer och tp:s löpande nummer. Personnumret anges med hela årtalet samt bindestreck mellan födelsedatum och kontrollnumret (19500401-4444). Utifrån personnumret beräknar programmet tp:s ålder. Vet man inte de fyra sista kontrollsiffrorna i personnumret kan dessa anges med 9999. Har inte tp uppgett födelsedatum utan enbart ålder, anger du 0 som personnummer. Därefter frågar programmet efter åldern. Sedan skriver du in åldern.

Du besvarar de frågor som kommer upp i löpande ordning. Omringat *JA*-svar kodas som värde 1 och omringat *NEJ*-svar kodas som värde 0. Icke besvarade eller dubbelbesvarade frågor kodas med värde 0.5. Datorprogrammet vänder självt värdet för de items som är omvända och där nej är indikerande. Efter inmatningen kan du korrigera felaktigt registrerade items genom att svara *JA* på frågan om ändring. *NEJ* på samma fråga innebär att programmet slutför beräkningarna. Programmet räknar ut råpoäng och linjära T-poäng samt staninepoäng för de fyra variablerna. För att standardpoängen ska kunna beräknas är uppgifter om kön och ålder obligatoriska. Du kan ange om du vill ha *utskrift* av det individuella protokollet och om du vill att *individens resultat sparas*. Individdata och samtliga BCT-resultat sparas i filen BCT.dat. I cd-versionen finns möjlighet att överföra till såväl SPSS-fil som Excel-fil. Varje ny individ läggs till föregående och därmed till tidigare sparade data. Filen är en sekventiell textfil som, med hjälp av syntaxfilen *BCT.sps*, kan omvandlas till en SPSS-fil. I cd-versionen görs detta bara genom att du anger att du vill spara. Du kan till exempel gå vägen via Utforskaren eller SPSS-aktivering för att utföra denna omvandling.

För övriga upplysningar, tryck *F1*.

### **Tolkning av resultat**

Den enskilda mätningens medelfel (SEM) ligger något över 1 för staninepoäng och nära 6 för T-poäng. Den enskilda mätningens säkerhet ligger därmed inom spridningsmättet för respektive poäng (se tabell 8, sidan 16). Skillnader understigande en standardavvikelse från medelvärdet (10 för T-poäng och 2 för staninepoäng) bör således inte tolkas som avvikelser från normalgruppen. I tabell 23, sidan 57, beskrivs karakteristika hos individer med höga värden på de fyra BCT-variablerna i relation till teorin, till diagnostiska mått samt samband med andra test och skattningsskalor.

Individer med höga värden på Oral Optimism eller Optimistiskt Relationsorienterad kan beskrivas som utåtvända, socialt orienterade, närhetssökande, dominanta, stresståliga, angelägna att stå i centrum för andras uppmärksamhet, impulsiva, monotonundvikande och äventyrliga. Vidare som socialt integrerade med både många kontakter och hög tillfredsställelse med dessa, samt en stark upplevelse av känsla av sammanhang och meningsfullhet. Impulsivitet bör inte förväxlas med bristande impuls kontroll och behöver här inte betraktas som något patologiskt. I Sjöbringska termer

är personerna supervalida, substabila och subsolida. Personer med hög oral optimism förlägger kontrollen över sin situation i stor utsträckning hos sig själva (inre kontroll). Normalpersoner med hög Oral Optimism kan vara passivt beroende. Negativa drag hos individer med hög Oral Optimism kan indikera en "happy-go-lucky"-mentalitet. Exhibitionism, emotionalitet och "happy-go-lucky"-mentalitet har tidigare ofta tillskrivits hysteriska personligheter. Extrema värden kan därför indikera ett orealistiskt förhållningssätt och inte enbart en friskhetsfaktor.

Individer med hög Oral Optimism kombinerar i sin inlärningsstil det emotiva, intuitiva lärsättet med pragmatiskt handlande och prövande. De kommer bäst till sin rätt i situationer som påkallar snabb anpassning och intuitivt handlande, och förlitar sig mer på personlig erfarenhet än på analys och teori. "Trial-and-error" som problemlösningsstrategi kan betraktas som en följd av deras impulsivitet.

Oralt optimistiska individer upplever inte alkohol som symtomlindrande och tycks undvika alkohol. Höga poäng på Oral Optimism tyder i regel på "friskhet" och avsaknad av symtom. Ett undantag är individer med anti-social personlighetsstörning som ofta har höga värden på Oral Optimism.

Individer med låga värden på Oral Optimism är svårare att beskriva. Men indikationer finns på att individer med extremt låga värden karakteriseras av likgiltighet för eller svårigheter att identifiera sig med/knyta an till andra människor, tillbakadragenhet, brist på intressen och fritidssysselsättningar samt en risk för psykopatologi.

Individer med hög Oral Pessimism eller Pessimistiskt Avståndstagande visar impulsiv aggressivitet och irritabilitet, kverulans, distanstagande, brist på sociabilitet, krav på autonomi, och en aggressivt avvisande inställning mot omgivningen. Det finns ett kompensatoriskt prestationsbehov hos den oralt pessimistiske. Psykologisk avskärmning och brist på tillit förstärks av den oralt pessimistiske personens tendens till att se sig själv i negativ dager. Riskfylld alkoholkonsumtion kan då tolkas som ett uttryck för deras aggressiva inställning.

Höga samband med symtom i SCL-90 och SF-36 visar att Oral Pessimism har en betydande psykopatologisk valör, vilket även bekräftas av samband med GAF i DIP-Q:s självskattnings-formulär liksom av positiva samband med personlighetsstörningar. Personlighetsstörningar som anti-social ligger högt på oralt pessimistiska drag, medan narcissistisk personlighetsstörning ligger lägst av alla kliniska grupper. Detta är intressant med tanke på att de tillhör samma kluster i DSM-systemet.

Hög Oral Pessimism hos patienter är ett personlighetsdrag som ofta utlöser negativa känslor och avståndstagande reaktioner hos behandlare och vårdgivare. Individer med låga värden på Oral Pessimism är mer sociabla och mindre psykopatologiskt belastade

än de med höga värden. För övrigt låter sig dessa individer inte beskrivas utifrån nuvarande empiri.

En person med höga värden på analt reaktiva drag eller struktur-/ordningssökande utmärks mest av höga ordningsbehov, krav på struktur, regler och konformitet. Beteendet präglas av petighet och intresse för detaljer. Ihärdighet och svårigheter att tåla avbrott i pågående aktiviteter är typiska. Individen kan vara ointresserad, reserverad och avvisande mot omgivningen. Vidare är individen skuldtyngd och upptagen av vad andra tycker. Personer med Analt Reaktiv Karaktär visar färre och svagare samband med symtom än övriga BCT-variabler. Detta kan bero på den starkare inre kontrollen hos individer med Analt Reaktiv Karaktär. Mest påfallande är sambanden med stresskänslighet och muskulär spänning. Det enda sambandet med tvång får vi i DIP-Q:s obsessivt kompulsiva personlighetsstörning.

Särskilt viktigt att poängtera är att analt reaktiva drag, som delvis är en följd av socialiseringsprocessen, ur samhällets synpunkt kan uppfattas som positiva och nödvändiga egenskaper hos individen. Extremt höga värden kan indikera pedanteri snarare än ordningssamhet, snålhet och snikenhet snarare än sparsamhet och en envishet som inte låter sig påverkas av argument utifrån. Låga värden är svårare att tolka men kan indikera slarv, bristande struktur och oföretagsamhet.

Personer med höga omnipotent kompulsiva karaktärsdrag eller Omnipotent Tvångsmässighet kännetecknas av höga krav på sig själva, ett gnagande samvete med skuld-känslor och underlägsenhetskänslor, jagsvaghet med ångest och neurotiskt kompensatoriska strategier. Fientlighet, aggressivitet, irritabilitet, och muskelspänningar är drag som möjligen används i avskärmningssyfte. Individen karakteriseras vidare av en introvert läggning med passiv dependens, och låga behov av att direkt dominera andra. Hos patienterna åtföljs dessa karakteristika av misstro och detachment som kanske resulterar i att de undviker utmaningar och spänningsskapande aktiviteter och situationer. Samtidigt är individen upptagen av vad omgivningen tycker, och förlägger kontrollen till omgivningen på ett magiskt sätt.

Att individer med omnipotenta karaktärsdrag är ångestpräglade speglas i höga nivåer av symtom på de flesta variabler i till exempel SCL-90 och SF-36. Liksom för Oral Pessimism är sambanden mellan OCC och symtomvariabler allmänna och icke diskriminerande. OCC:s psykopatologiska valör bekräftas av sambandet med självskattningsversionen av GAF i DIP-Q liksom av sambanden med de flesta personlighetsstörningsvariabler i DIP-Q.

Vi antar att individer med låga värden på omnipotent kompulsiva karaktärsdrag utmärks av kontroll- och omnipotenssträvanden som är mer realistiskt inriktade. Direkta hållpunkter för att tolka låga poäng saknas än så länge.

# REFERENSER

Abraham, K. (1960) The influence of oral eroticism on character formation (1924). In *Selected Papers on Psychoanalysis*, New York: Basic Books Inc. Publishers.

Abraham, K. (1960a) Contributions to the theory of the anal character (1924). In *Selected Papers on Psychoanalysis*, New York: Basic Books Inc. Publishers.

Alnaes, R., & Torgersen, S. (1999). A 6-year follow-up study of anxiety disorders in psychiatric outpatients: Development and continuity with personality disorders and personality traits as predictors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53: 409–416.

Allport, G. W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. (Pp 23–27). New York, Holt, Reinhardt & Winston.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science Medicine*, 36, 725–733.

Augestad, LB. (1992). Personality, health and job stress among employees in a Norwegian Penitentiary and in a maximum security hospital. *Work & Stress* 6(1): 65–79.3.

Augestad, LB. (1994). Psychosocial factors with relevance to a healthy working environment. – A study of employees in a maximum security hospital. Dr. Polit Avhandling, Trondheim, Psykologisk institutt.

Augestad, LB. (1994a). 5-year risk of assault on employees in a psychiatric hospital. *Safety Science* 18(2), 113–124.

Bergman, H., & Källmén, H. (1996). *AVI-R-2. Alkoholvaneinventoriet – Reviderad version. Ett frågeformulär för bedömning vid alkoholism. – MANUAL*. Stockholm, Karolinska Institutet.

Bergman, H., & Källmén, H. (1994). *AUDIT – The Alcohol Use Disorder Identification Test, MANUAL*. Stockholm, Magnus Huss Klinik, Karolinska Sjukhuset. (Stencil).

Bergman, H., & Källmén, H. (2000). Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet. *Läkartidningen* 97(17): 2 078–2 084.

- Bergman, H. (2005). NEO-PI-R2. Manual, Psykologiförlaget, Stockholm.
- Bodlund, O., Kullgren, G., Ekselius, L., Lindström, E., & von Knorring, L. (1998). Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: a comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatr Scand* 1998(97): 433–39.
- Blum, G.S. (1949) A study of the psychoanalytic theory of psychosexual development. *Genet. Psychol. Monogr.*, 51:3–44.
- Bodlund, O., Grann, M., Ottosson, H., & Svanborg, C. (1998). Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: A comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatr Scand* 97: 433–439.
- Carpenter, K. M. & Hittner, J. B. (1995). Dimensional Characteristics of the SCL-90-R: Evaluation of Gender Differences in Dually Diagnosed Inpatients. *J of Clin Psychology*, Vol.51, No.3.
- Cattell, R.B., Eber, H.W. & Tatsuoka, M.M. (1970) *Handbook for the 16PF*. Champaign, Ill.: IPAT.
- Chalmers, A.F. (2006). *Vad är vetenskap egentligen?* Lund, Nya Doxa 2006, 3rd Ed.
- Cesarec, Z. & Marke, S. (1968a). *CMPS – Cesarec Marke Personlighetsschema*, Stockholm: Skandinaviska Testförlaget.
- Cesarec, Z. & Marke, S. (1968b). Mätning av psykogena behov med frågeformulärsteknik – Manual till CMPS, Stockholm: Skandinaviska Testförlaget.
- Cook och Campbell (1979). *Quasi-experimentation – Design Analysis Issues for Field Settings*. Boston, Houghton, Mifflin Comp.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90. Administration, Scoring & Procedure. Manual for the SCL-90*. The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring & Procedure Manual for the Revised Version of the SCL-90*. The Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A Measure of Primary Symptom Dimensions. I P. Pichot (Eds.) *Psychological Measurements in Psychopharmacology*, Basel.
- Dureman, I. & Sälde, H. (1968). *Psykometriska och experimentalpsykologiska metoder för klinisk tillämpning*. Stockholm, Almqvist & Wiksell.

- Ekdahl, A. (1953) *Attityd och miljö*. Lund: Psykologiska Institutionen. Stencil.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B. (1964) *The EPI*. London: University of London Press.
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London, Hodder & Stoughton. San Diego; ITS Publishers.
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 16, 57–68.
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York. International Universities Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York, Other Press LLC.
- Freud, S. (1974). *Character and Anal Eroticism (1908)*. Standard Edition Vol IX, Pp 167–177. London, Hogarth Press.
- Freud, S. (1974). *The predisposition to obsessional neurosis (1914)*. Standard Edition, VOL. XII, Pp. 311–326. London, Hogarth Press.
- Freud., S. (1974). *On narcissism – An introduction (1914)*. Standard Edition, XIV (1957), Pp 67–104. London, Hogarth Press.
- Freud, S. (1974). *Some Character Types met with in Psycho-Analytic Work (1916)*. Standard Edition, XIV, Pp 309–336. London, Hogarth Press.
- Freud, S. (1974). *The Infantile Genital Organization: An Interpolation into the Theory of Sexuality (1923)*. Standard Edition, XIV. Pp 141–148. London, Hogarth Press.
- Fridell, M. (1990). Kvalitetsstyrning i psykiatrisk narkomanvård – effekter på personal och patienter. Akad. avhandl. *Acta Psychologica et Paedagogica, Series Altera XCVII*. Stockholm, Almqvist & Wiksell.
- Fridell, M. (1991). *Personlighet och Drogmisbruk – En forskningsöversikt*. CAN:s rapportserie no 9. Stockholm.
- Fridell, M. (1996a). Psykiska störningar vid Narkotikamisbruk. (I Misbruk och Psykisk Störning) Stockholm, *Socialstyrelsen SOU*, 1996:16.
- Fridell, M. (1996b). *Institutionella Behandlingsformer vid Misbruk – Organisation, Ideologi och Resultat*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Fridell, M. (1998). Femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare med psykisk störning. I Gerdner, A., & Sundin, Ö. (Red.er), (1998). *Dubbel-Trubbel*, Örebro, (Ss. 185–198).
- Fridell, M. (2004). Comorbidity and Drug abuse. Nätpublicerad version av rapport till EMCDDA, Lissabon, Portugal. Stockholm, Folkhälsoinstitutet.
- Fridell, M., Billsten, J., Jansson I., & Amylon R. (2009). Femårsuppföljning av kvinnor i LVU-/LVM-vård vid Lunden. *Forskningsrapport 2009:1*.
- Fridell, M., Hesse, M., & Johnsson, E. (2006). High prognostic Specificity of Antisocial Personality Disorder in Patients with Drug Dependence: Results from a five-year Follow-up. *The American Journal on Addictions 15: 227–232*.
- Fridell, M., & Hesse, M. (2006). Personality disorders in substance abusers. In M.U. Pedersen, & V. Segraeus., V. & Hellman, M. (2006a). *Evidence Based Practice. Nordic Council for Alcohol and Drug Research. NAD Publication 47*. Pp 171–186.
- Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I., & Hesse, M.(2006b), 15-årsuppföljning av drogberoende personer. I B. Fries & F. Nyberg (Red:er). *Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige? MoB-rapport no 14, 2006, sid 21–27*.
- Fridell, M., Hesse, M. & Billsten, J. (2007). Criminal Behavior in Antisocial Substance Abusers between Five and Fifteen Years Follow-up. *Am. Journal on Addictions 16: 1–5*.
- Fridell, M., Cesarec., Z., Johansson, M., & Malling Thorsen, S. (2002). SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan SCL-90. *SiS följer upp och utvecklar 1/03*.
- Garner, D., M., Olmsted, M.P. *Manual for Eating Disorder Inventory (EDI)*. Odessa Psychological Assessment Resources, INC.
- Goldman, F. (1948) Breastfeeding and character formation. *Journal of Personality, 17: 83–103*.
- Goldman, F. (1950/51). Breastfeeding and character formation: The etiology of the oral character in psychoanalytic theory. *Journal of Personality, 19: 189–196*.
- Goldman-Eisler, F. (1955) Breastfeeding and character formation. in Kluckhohn, C. & Murray, H.A. (eds) *Personality in Nature, Society and Culture*. (pp 146–184). New York: Alfred A. Knopf.
- Gottheil, E. (1965) Conceptions of orality and anality. *Journal of Nervous and Mental Disease 141: 155–160*.



- Gottheil, E., & Stone, G.C. (1968). Factor Analytic Study of Orality and Anality. *J of Nerv and Ment Dis, Vol 146(1)*: 1–17.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, J., & Pickering, R.P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. *Arch of Gen Psychiat, 61*, 361–368.
- Grygier, T.G. (1961) *The Dynamic Personality Inventory*. London: NFER.
- Gustavsson, P., Bergman, H., Edman, G., Ekselius, L., von Knorring, L., Linder, J. (1999). *Swedish universities Scales of Personality – SSP. Construction, internal consistency, and normative data*. Skövde, Stockholm, Karolinska Institutet.
- Gustavsson, R., & Ståhl, NN. (2000). STREAMS 2.50.3.: *Structural Equation Modeling Made Simple*. Mölndal, MultivariateWare Hb.
- Hansson, K., & Olsson, M. (2001). Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande. *Nordisk Psykologi 53(3)*: 238–255.
- Harpur, T.J., Holi, M.M., Sammallahti, P.R. & Aalberg, V.A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatr Scand 97*: 42–46.
- Hartman, H. (1958). Ego-psychology and the Problem of Adaptation. Journal of the American Psychoanalytic Association, Monograph Series Number one. New York. IUP.
- Heilig, M. (2004). *Beroendetillstånd*. Lund, Studentlitteratur.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D.G., & Scott, R. (1980). .Measuring social relationships: The interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine, 10*: 723–734.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baumann, B.D., Baity, M.R., Smith, S.R., Price, J.L., Smith, C.L., Heidselman, T.L., Mount M.K., & Holdwick, DJ (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *Psychological Medicin 157(11)*: 1 858–1 863.
- Jansson, I., & Fridell, M. (2003). *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor. LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden*. SiS följer upp och utvecklar 1/03.
- Johnsson, E., & Fridell, M. (1997). Suicide attempts in a cohort of heavy drug abusers – Results from a 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand 96*: 362–366.
- Johnsson, E., Fridell, M. (1999). *Plötsligt vill man leva – Om självmordsförsök hos narkomaner*. SiS följer upp och utvärderar 1999:4.



- Johnsson, E. (2002). *Självordsförsök och narkotikamissbruk*. Akademisk avhandling, Lund, Institutionen för Socialt Arbete, Lund.
- Johnsson, E. (2003). Testvärden i ett suicidmaterial från suicidenhet. Personlig kommunikation.
- Karterud, S. et al (1995). A SCL-90-R Derived Index of the Severity of Personality Disorders, *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 112–123.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1977). *Object Relations Theory and Clinical Psycho-analysis*. New York: Jason Aronson.
- Kline, P. (1970). *Facts and Fantasy in Freudian Theory*. London, Methun.
- Kline, P. & Storey, R. (1977) A factor analytic study of the oral character. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 16: 317–328.
- Kline, P. & Storey, K. (1980). A The Etiology of the Oral Character. *Journal of Genetic Psychology*, 136, 85–94.
- Klinterberg, B., & Schalling, D., & Magnusson, D. (1986). *Individual Assessment of Personality Traits*. Department of Psychology, University of Stockholm.
- Kohut, H. (1968). *The Analysis of the Self – A systematic Approach to the psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorder*. The Psychoanalytic Study of the Child, Monograph Series no 4. New York, IUP.
- Kolb, D.A. (1976). *Learning Style Inventory, Version I: Technical Manual*. Boston: McBer & Company.
- Kolb, D.A. (1985). *The Learning Style Inventory: Technical Manual*. Boston: McBer & Company.
- Kolb, D.A., Boyatzis, R.E., & Mainemelis, C. (2001). Experiential Learning Theory: Previous Research and New Directions. In R.J. Sternberg, & L. Zhang, (Eds.), *Perspectives on Thinking, Learning and Cognitive Styles*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Ass. Pub Company.
- Konarski, Ch.(1992). *Jordmån för ett Gott Liv – Psykosociala faktorerers inverkan på folkhälsan samt åtgärdsförslag*. Idéskrift från Folkhälsogruppen, 16, Stockholm.

- Krout, M.H. & Krout, T.J. (1954) Measuring personality in developmental terms. *Genetic Psychol. Monogr.*, 50, 289–335.
- Krystal, H. (1974). The genetic development of affects and affect regression. *Annual of Psychoanalysis* 2: 93–126.
- Krystal, H. (1975). Affect Tolerance. *Annual of Psychoanalysis* 3: 179–219.
- Krystal, H. (1978). Trauma and Affects. *Psychoanalytic Study of the Child* 33: 81–116.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing – Affect, Trauma, Alexithymia*. New Jersey, The Analytic Press.
- Krystal, H. & Raskin, H.A. (1970). *Drug Dependence – Aspects of ego functions*. Detroit, Wayne State University Press.
- Lazare, A., Klerman, G.L. & Armor, D.J. (1966) Oral, obsessive and hysterical personality patterns. *Arch. Gen. Psychiat.*, 14: 624–630.
- Lazare, A., Klerman, G.L., & Armor, D.J. (1970). Oral, Obsessive and Hysterical Personality Patterns – Replication of factor analysis in an independent sample. *Journal of Psychiatric Re-Research* 7: 275–290.
- Lazare, A. (1971). The Hysterical character in psychoanalytic theory. – Evolution and confusion *Archives of General Psychiatry* vol 25(8): 131–137.
- Likert, R. (1932) A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychol.* 140: 1–55.
- MacWilliams, N. (1994). Psykoanalytisk diagnostik. – Att förstå personlighetsstruktur. Stockholm, Wahlström & Widstrand.
- Marke, S. (1963). Subjektiva abnormsymtom hos olika typologiska varianter enligt Sjöbring. *Socialmedicinsk Tidskrift* 40(7): 63, 287–301.
- Marke K. (2000). Lärstilar, strukturbehov och studieinriktning. Lund, Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Marke, S., & Cesarec, Z. (2007). *Erfarenhetsinläring och Lärstilar. Analys och standardisering av Kolb's Learning Style Inventory i svensk version*. SiS följer upp och utvecklar 1/07.
- Marke S., & Marke K (2003). *Socio- och Psykobeov. Konstruktion och standardisering av SP-formuläret*. Lund, Preliminärt manuskript.

Marke, S., Nyman G.E. (1961). *Manual till MNT-skalan (Marke-Nyman: Temperamentsskala)* Stockholm, Skandinaviska Testförlaget AB.

Marke, S., & Olsson, E., (1970). The relation between MNT-dimensions and certain cognitive and psychomotor variables. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 46. Suppl 219. 126–136.

Murray, H.A. (1938) *Explorations in Personality*. London: Oxford University Press.

Norring, Claes, (1994). *EDI 2. Eating Disorder Inventory 2*. Svensk version, Stockholm, Psykologiförlaget AB.

Nyman, G E, Marke, S P (1958). Medicinskt frågeschema. Psykiatriska institutionen, Lunds universitet, Lund.

Nyman, G E, Marke, S P (1960). *Temperamentsdrag enligt Sjöbring och subjektiva abnorma symptom – En enkätundersökning på 682 unga individer*. *Socialmedicinsk tidskrift* 4:1–8.

Nyman, G E, Marke, S P (1962). *Sjöbrings differentiella psykologi – Analys och skalkonstruktion*. Lund, Gleerups.

Orth-Gomér, K. & Johnson, J.V. (1987). Social Network Interaction and Mortality – A six-year Follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases* 40, 949–957.

Ottosson, J-O. (2004). *Psykiatri*. Stockholm, Liber, sid 15.

Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L., Kullgren, G.I , Lindström, E., & Söderberg, S. (1998). DSM-IV and ICD-10 personality disorders: a comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry* 1998(13): 246–253.

Ottosson, H. (1999). *Validation of a self-report questionnaire for personality disorders in DSM-IV and ICD-10*. Doctoral Thesis, Division of Psychiatry, Dept of Clinical Science, Umeå University.

Perris, H., & Strandman, E. (1979). Psychogenic needs in depression. *Archive für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 227: 97–107.

Perris, C., & Strandman, E. (1980). Genetic Identification of a subgroup of depressed patients. *Psychiatria Clinica* 13: 13–24.

Perry, J., Silvera, D., Rosenvinge, J.H. & Holte, A. (2002). Are Oral, Obsessive, and Hysterical Personality Traits Related to Disturbed Eating Patterns? A General Population Study of 6.313 Men and Women. *Journal of Personality Assessment*, 78(3), 405–416.

Persson, L-O., Karlsson J., Bengtsson, C., Steen, B., & Sullivan, M. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey II. Evaluation of clinical validity. Results from population studies of elderly and women in Gothenburg. *Journal of clinical Epidemiology* 51: 1 095–1 103.

Plutchnik, R., & Kellerman, H. (1974). *Emotions Profile Index*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Pumpian-Mindlin (1968). Vicissitudes of infantile omnipotence. *Psychoanalytic Study of the Child* 24, 213–226.

Rado, S. (1926). The Psychic effects of intoxicants: An attempt to evolve a psychoanalytic theory of morbid cravings. *International Journal of Psychoanalysis* 7, 396–413.

Rado, S. (1933). The psychoanalysis of parmacothymia (Drug Addiction). *Psychoanalytic Quarterly* 2, 1–23.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.

Samuelsson, M. (1995). *The Social network and its importance for the mental health of Children in single-parent families*. Lund: Lunds universitet. Doktorsavhandling.

Sandler, J., & Hazari, A. (1966). The "obsessional": On the psychological classification of obsessional character traits and symptoms. *British Journal of Medical Psychology* 33, 113–122.

Schalling, D. (1986). *The development of the KSP inventory*. Report no 64 from the project: Individual Development and Adjustment. Stockholm, Univ. of Stockholm: Departm of Psychology

Sjöbring, H. (1973). *Personality Structure and Development – A Model and its Application*. Acta Psychiatrica Scandinavica – Supplementum 244. Copenhagen, Munksgaard.

Smith, D. & Kolb, D.M. (1986). *Users guide for the learning style inventory*. Boston; McBer & Comp.

Stern, D. (1993). *Spädbarnets interpersonella värld*. (eng. 1984). Stockholm, Natur och Kultur.

- Stolorow; (1975). The Function of Narcissism. *International Journal of Psycho-Analysis* (56),179–185,
- Sullivan, M., Karlsson J., & Ware (1995). The Swedish SF-36 Health Survey-I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social Sciences and Medicine* 41: 1 349–1 358.
- Sullivan, M., & Karlsson J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: Results from normative population. *Journal of Clinical Epidemiology* 51;1005.
- Sullivan, M., Karlsson, J., & Taft, Ch. (2002). *SF-36 HÄLSOENKÄT – Svensk Manual och Tolkningsguide, 2 uppl. Gothenburg, Sahlgrenska University Hospital 2002.*
- Tomkins, S. (1992/1962). *Affect, Imagery, Consciousness – Vol I: The Positive Affects*. New York, Springer Publ. Company.
- Tomkins, S. (1992/1963). *Affect, Imagery, Consciousness – Vol II: The Negative Affects*. New York, Springer Publ. Company.
- Tomkins, S. (1991). *Affect, Imagery, Consciousness – Vol III: The Negative Affects – Anger and fear*. New York, Springer Publ. Company.
- Torgersen, S. (1980). The Oral, Obsessive, and Hysterical Personality Syndromes – A study of Hereditary and Environmental Factors by Means of the Twin Method. *Archives of General Psychiatry* 37, 1 272–1 277.
- Tukey, J.W. (1977). *Exploratory data analysis*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Undén, A-L. & Orth-Gomér, K. (1984). *Social support and Health. Development of a survey method to measure social support in population studies*. Stress Research Reports 178, 2, Stockholm: Karolinska Institutet.
- Undén, A-L. & Orth-Gomér, K. (1989). Development of a social support instrument for use in population services. *Social Sciences Medicine* 29, 1 387–1 392.
- Undén, A-L. (1991). *Social support and Health. Methodology, Relationship To Work Environment and to Ischaemic Heart Disease*. Stockholm, Karolinska Institutet. Doktorsavhandling.
- Vassend, O., Lian, L. & Andersen, T. H. (1992). Norske versjoner av NEO-Personality Inventory, Symptom Checklist 90 Revised og Giessen Subjective Complaints List. Del 1. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29, 1 150–1 160.

Weissman, M. & Bothwell, S.(1976). Assessment of Social Adjustment by Patient Self-Report. *Archives of General Psychiatry* 33(9): 1 111–1 115.

Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Thompson, W.D., Harding, P., & Myers, J.K. (1978). Social Adjustment by Self-Report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 166(5): 317–326.

Wurmser, L. (1978). *Drug Abuse – The Hidden Dimensions: Psychopathology of compulsive drug use*, New York, Jason Aronson.

# APPENDIX A

## – BCT-testets varianter, versioner, formulär samt faktoranalyserna och appendixtabellerna A.1–A.39

**TABELL A.1**

Korrelationen för enskilda items mot skalan i standardiseringsmaterialet (n=806), normalmaterialet (vårdpersonal, n=840) och patientmaterialet (n=469).

Oralt Optimistisk Karaktär (OOC) – Optimistisk Relationssökande			
	Stand	Norm	Pat
1. Har du för vana att läsa något innan du somnar?	.07	.08	.10
5. Föredrar du att arbeta i grupp framför att arbeta ensam?	.08	.09	.07
9. Skulle du beskriva dig själv som en tillbakadragen person?	.39	.33	.48
13. Brukar du berätta för dina vänner om dina svårigheter och misslyckanden?	.17	.20	.19
17. Har du ibland svårt att uttrycka dig eller finna de rätta orden?	.37	.28	.41
21. Vet du ibland precis vad du vill säga men kan ändå inte uttrycka det?	.27	.22	.37
25. Tycker du att det skulle vara roligt att ordna en stor fest för hundratal gäster med massor av god mat och dryck?	.31	.26	.35
29. Ogillar du att ta ställning i hetsiga debatter?	.27	.34	.26
33. Är du en av dem som nästan alltid är full av idéer?	.29	.22	.28
37. Är det svårt för dig att be andra människor om råd?	.13	.20	.31
41. Tycker du att vad som helst kan vara anledning till en trevlig fest?	.25	.18	.18
45. Brukar du vara tyst i en grupp?	.39	.38	.50
49. Kännetecknas ditt känsloliv av måttlighet och behärskning?	.18	.24	.12
53. Tycker du om att bli ompysslad när du är sjuk eller har gjort dig illa?	.10	.14	.21
57. Är du alltid intresserad av nya strömningar och de senaste idéerna?	.18	.21	.21
61. Tycker du om att sitta tillsammans med andra människor även om ni inte har kontakt med varandra?	.21	.16	.22
65. Har du god hand med barn?	.13	.18	.20
69. Tycker du att livet är skönt om man bara slappnar av?	.06	.11	.10
73. Händer det ofta att du, när du en gång börjat tala, utan svårighet skulle kunna fortsätta hur länge som helst?	.27	.16	.29
77. Tycker du att god mat och goda drycker tillhör livets glädjemen?	.07	.12	.19

Oralt Pessimistisk Karaktär (OPC) – Pessimistisk Avvisande			
	Stand	Norm	Pat
2. Är du hjärtlig mot människor som du möter?	.14	.19	.23
6. Har du ofta en känsla av att folk inte bryr sig tillräckligt mycket om dig	.32	.26	.32?
10. Blir du irriterad om du måste upprepa en förklaring för någon som inte lyckats förstå?	.35	.30	.46
14. Har du ibland ansetts vara oartig därför att du inte är tillmötesgående?	.30	.28	.32
18. Tycker du ibland att hur du än bär dig åt så vill det sig inte?	.27	.15	.24

**FORTSÄTTNING TABELL A 1**

22.	Hoppas du, även om det bara är för dig själv, att någon gång lyckas med något stort?	.16	.10	.11
26.	Anser du att det är bäst om saker och ting förblir som de är därför att det nya är sällan bättre än det gamla?	.06	.09	.11
30.	Bryr du dig om ifall dina vänner har det bättre ställt än du?	.25	.19	.27
34.	Kan du känna ilska vid blotta åsynen av en person utan egentlig orsak?	.37	.38	.42
38.	Har du lätt för att stå ut med dumma människor?	.20	.24	.22
42.	Anser du att människor i allmänhet är alltför självupptagna och hjärtlösa?	.23	.18	.30
46.	Är dina ansträngningar vanligen förgäves?	.25	.14	.28
50.	Blir du upprörd om du måste böja dig för majoriteten i en grupp?	.35	.25	.35
54.	Brukar du argumentera bara för argumenterandets skull?	.29	.27	.30
58.	Kan du tänka dig att offra tid på samtal med tråkiga människor?	.17	.22	.26
62.	Roas du av skvaller och elaka skämt om andra människor?	.27	.26	.11
66.	Försöker du undvika att sära människor med ditt tal?	.15	.20	.16
70.	Är människor rädda för din vassa tunga när du är uppretad?	.34	.34	.31
74.	Anser dina vänner att du är en tålmodig person?	.28	.36	.24
78.	Kan du finna något nöje i att vara spydig mot någon?	.31	.33	.31

**Analt Reaktiv Karaktär (ARC) – Struktur-/Ordningssökande**

		Stand	Norm	Pat
3.	Tycker du illa om att behöva lämna ett arbete som du ännu inte har avslutat?	.23	.27	.28
7.	Har du lätt för att bortse från detaljer?	.23	.28	.24
11.	Brukar du med stor omsorg hänga upp eller vika dina kläder innan du ska lägga dig?	.29	.28	.41
15.	Tror du att du har större krav på renlighet än många andra människor?	.33	.31	.32
19.	Är det enligt din uppfattning bättre att göra misstag än att inte göra någonting alls?	.06	.15	.11
23.	Är du intresserad av hobbies som innebär att samla på saker, t ex frimärken, etiketter, bilder etc?	.07	.10	.10
27.	Är det viktigt för dig att vara perfekt i ditt arbete?	.38	.33	.44
31.	Kan du bli upprörd om en människa lämnar tvättstället i nedsmutsat skick?	.28	.34	.30
35.	Brukar du oroas av tanken att dina händer inte är tillräckligt rena?	.15	.14	.20
39.	Gillar du överraskningar och improvisationer i ditt dagliga liv?	.14	.14	.10
43.	Tycker du om att ha fasta vanor både hemma och på arbetet?	.39	.37	.47
47.	Om något du tycker om blir nedsmutsat eller skadat, förlorar du då glädjen med det?	.27	.28	.28
51.	Är det lätt för dig att avbryta en uppgift innan du är färdig med den?	.27	.28	.23
55.	Trivs du bäst med regelbundna tider och väl inkörda rutiner?	.38	.36	.43



**FORTSÄTTNING TABELL A 1**

59.	Avskyr du smuts och smutsiga saker?	.40	.41	.45
63.	Är du en person som är punktlig och alltid håller tider?	.24	.29	.33
67.	Blir du ibland lite slarvig om det du gör tar längre tid?	.15	.14	.20
71.	Blir du irriterad om människor kommer för sent till möten?	.24	.26	.22
75.	Anser du att de flesta människor handskas med sina pengar på ett klokt sätt?	.11	.10	.04
79.	Brukar du vara envis även när det gäller saker som inte är så viktiga?	.04	.15	.09

<b>Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC) – Omnipotent Tvångsmässig</b>				
		<b>Stand</b>	<b>Norm</b>	<b>Pat</b>
4.	Har du svårt att börja med saker och ting?	.19	.27	.23
8.	Händer det ofta att du blir efter med saker och ting?	.23	.14	.32
12.	Känner du ibland att du måste tänka på olika tal eller räkna saker som är betydelselösa?	.33	.31	.47
16.	Känner du att du måste stanna upp och tänka efter även om det gäller de mest obetydliga saker?	.45	.43	.52
20.	Blir du ibland förbittrad över orättvisor som du blir utsatt för?	.17	.20	.26
24.	Känner du dig ofta tvungen att kontrollera om du har stängt dörren eller släckt ljuset?	.31	.37	.37
28.	Besväras du av "fula" och "otillåtna" tankar?	.24	.20	.36
32.	Känner du ibland ett inre tvång att göra vissa saker även om ditt förnuft säger att det inte är nödvändigt?	.41	.42	.41
36.	Händer det ibland att du under en längre tid inte kan få en tanke eller en melodi ur huvudet?	.30	.23	.37
40.	Händer det att du inte kan somna om du inte innan gjort vissa saker i en speciell ordning?	.31	.20	.38
44.	Brukar du grubbla över saker och ting?	.40	.32	.41
48.	Kan du snabbt glömma förödmjukande upplevelser?	.22	.19	.29
52.	Känner du dig ibland tvingad att räkna saker?	.40	.33	.46
56.	Brukar du sätta klockan något före för att inte komma för sent?	.21	.20	.18
60.	Frågar du dig ofta "har jag gjort rätt"?	.41	.39	.45
64.	Har du svårt att bestämma dig även om det gäller oväsentliga ting?	.36	.42	.47
68.	Känns det ibland som om du måste gå på trottoarstenar på ett speciellt sätt?	.28	.34	.30
72.	Är du mer ansvarsfull och pliktmedveten än de flesta andra människor?	.06	.15	.09
76.	Blir du irriterad om någon börjar skoja och skämta mitt i en allvarlig diskussion?	.14	.11	.15
80.	Kan du bli så irriterad på en tavla som hänger på sned att du måste rätta till den?	.19	.22	.23

## TABELL A.2

Beskrivning av BCT-formulärets variabler med hjälp av indikatorerna.

### **OOC – Oralt Optimistisk Karaktär – Optimistisk Relationsökande**

Att se optimistiskt på framtiden, att vara passiv, att vilja bli omhändertagen, att alltid vilja ha andra människor omkring sig, att gärna anförtro sig åt andra, att ha lätt för att tala och uttrycka sig, att kunna njuta av god mat och dryck att vara full av nya idéer och alltid redo att prova nyheter, och så vidare.

### **OPC – Oralt Pessimistisk Karaktär – Pessimistisk Avisande**

Att se pessimistiskt på framtiden, att vara otålig, att ha vass tunga, att anse andra människor vara hjärtlösa, att gilla skvaller, elaka skämt och spydigheter, att känna avund, att drömma om stordåd, att vara fientligt inställd mot andra, och så vidare.

### **ARC – Analt Reaktiv Karaktär – Struktur-/Ordningssökande**

Att avsky smuts, att vara ordentlig och pedantisk, att vara envis, att vara perfektionistisk, att vara punktlig och kräva punktlighet av andra, att vara mot förändringar, att ha fasta vanor och tycka om rutiner, och så vidare.

### **OCC – Omnipotent Tvångskaraktär – Omnipotent Tvångsmässig**

Att ha ett krävande samvete, att grubbla, att ha svårt att bestämma sig, att ha sina känslor under kontroll, att använda ord och tal på ett magiskt sätt, att känna ett inre tvång till vissa beteenden, att besväras av otillåtna tankar, och så vidare.

**TABELL A.3**

Frågor i de två versionerna av BCT-formuläret. © Cesarec & Fridell

80-itemsversionen	60-items versionen
1. Har du för vana att läsa något innan du somnar?	
2. Är du hjärtlig mot människor som du möter?	Item 2
3. Tycker du illa om att behöva lämna ett arbete som du ännu inte har avslutat?	Item 3
4. Har du svårt att börja med saker som måste göras?	Item 4
5. Föredrar du att arbeta i grupp framför att arbeta ensam?	
6. Har du ofta en känsla av att folk inte bryr sig tillräckligt mycket om dig?	Item 6
7. Har du lätt för att bortse från detaljer?	Item 7
8. Händer det ofta att du blir efter med saker och ting?	Item 8
9. Skulle du beskriva dig själv som en tillbakadragen person?	Item 9
10. Blir du irriterad om du måste upprepa en förklaring för någon som inte lyckats förstå?	Item 10
11. Brukar du med stor omsorg hänga upp eller vika dina kläder innan Du ska lägga dig?	Item 11
12. Känner du ibland att du måste tänka på olika tal eller räkna saker som är betydelselösa?	Item 12
13. Brukar du berätta för dina vänner om dina svårigheter och misslyckanden?	Item 13
14. Har du ibland ansetts vara oartig därför att du inte är tillmötesgående?	Item 14
15. Tror du att du har större krav på renlighet än många andra människor?	Item 15
16. Känner du att du måste stanna upp och tänka efter även om det gäller de mest obetydliga saker?	item 16
17. Har du ibland svårt att uttrycka dig eller finna de rätta orden?	Item 17
18. Tycker du ibland att hur du än bär dig åt så vill det sig inte?	Nu item 28
19. Är det enligt din uppfattning bättre att göra ett misstag än att inte göra någonting alls?	
20. Blir du ibland förbittrad över orättvisor som du blir utsatt för?	
21. Vet du ibland precis vad du vill säga men kan ändå inte uttrycka det?	Nu item 48
22. Hoppas du, även om det bara är för dig själv, att någon gång lyckas med något stort?	
23. Är du intresserad av hobbies som innebär att samla på saker, t ex frimärken, etiketter, bilder etc?	
24. Känner du dig ofta tvungen att kontrollera om du har stängt dörren eller släckt ljuset?	Item 24
25. Tycker du att det skulle vara roligt att ordna en stor fest för hundratals gäster med massor av god mat och dryck?	Item 25
26. Anser du att det är bäst om saker och ting förblir som de är därför att det nya sällan är bättre än det gamla?	Nu item 37
27. Är det viktigt för dig att vara perfekt i ditt arbete?	Item 27
28. Besvärar du av "fula" och "otillättna" tankar?	
29. Ogillar du att ta ställning i hetsiga debatter?	Item 29
30. Bryr du dig om ifall dina vänner har det bättre ställt än du?	Item 30
31. Kan du bli upprörd om en människa lämnar tvättstället i nedsmutsat skick?	Item 31
32. Känner du ibland ett inre tvång att göra vissa saker även om ditt förnuft säger dig att det inte är nödvändigt?	Item 32
33. Är du en av dem som nästan alltid är full av goda idéer?	Item 33

### FORTSÄTTNING TABELL A 3

34. Kan du känna ilska vid blotta åsynen av en person utan egentlig orsak?	Item 34
35. Brukar du oroas av tanken att dina händer inte är tillräckligt rena?	
36. Händer det ibland att du under en längre tid inte kan få en tanke eller melodi ur huvudet?	Item 36
37. Är det svårt för dig att be andra människor om råd?	
38. Har du lätt för att stå ut med dumma människor?	Item 38
39. Gillar du överraskningar och improvisationer i ditt dagliga liv?	Nu Item 57
40. Händer det att du inte kan somna om du inte innan gjort vissa saker i en speciell ordning?	Item 40
41. Tycker du att vad som helst kan vara anledning till en trevlig fest?	Item 41
42. Anser du att människor i allmänhet är alltför självupptagna och hjärtlösa?	
43. Tycker du om att ha fasta vanor både hemma och på arbetet?	Item 43
44. Brukar du grubbla över saker och ting?	Item 44
45. Brukar du vara tyst i en grupp?	Item 45
46. Är dina ansträngningar vanligen förgäves?	
47. Om något du tycker om blir nedsmutsat eller skadat, förlorar du då glädjen med det?	Item 47
48. Kan du snabbt glömma förödmjukande upplevelser?	
49. Kännetecknas ditt känsloliv av måttlighet och behärskning?	Item 49
50. Blir du upprörd om du måste böja dig för majoriteten i en grupp?	Item 50
51. Är det lätt för dig att avbryta en uppgift innan du är färdig med den?	Item 51
52. Känner du dig ibland tvingad att räkna saker?	Item 52
53. Tycker du om att bli ompysslad när du är sjuk eller har gjort dig illa?	Item 53
54. Brukar du argumentera bara för argumenterandets skull?	Item 54
55. Trivs du bäst med regelbundna tider och väl inkörda rutiner?	Item 55
56. Brukar du sätta klockan något före för att inte komma för sent?	
57. Är du alltid intresserad av nya strömningar och de senaste idéerna?	Nu item 1
58. Kan du tänka dig att offra tid på samtal med tråkiga människor?	
59. Avskyr du smuts och smutsiga saker?	Item 59
60. Frågar du dig ofta "har jag gjort rätt"?	Item 60
61. Tycker du om att sitta tillsammans med andra människor även om ni inte har kontakt med varandra?	Item 21
62. Roas du av skvaller och elaka skämt om andra människor?	Item 46
63. Är du en person som är punktlig och alltid håller tider?	Item 39
64. Har du svårt att bestämma dig även om det gäller oväsentliga ting?	Item 20
65. Har du god hand med barn?	
66. Försöker du undvika att sära människor med ditt tal?	Item 42
67. Blir du ibland lite slarvig om det du gör tar längre tid?	Item 35
68. Känns det ibland som om du måste gå på trottoarstenar på ett speciellt sätt?	Item 56
69. Tycker du att livet är skönt om man bara slappnar av?	
70. Är människor rädda för din vassa tunga när du är uppretad?	Item 26
71. Blir du irriterad om människor kommer för sent till möten?	Item 23
72. Är du mera ansvarsfull och pliktmedveten än de flesta andra människor?	
73. Händer det ofta att du, när du en gång börjat tala, utan svårighet skulle kunna fortsätta hur länge som helst?	Item 5

### FORTSÄTTNING TABELL A 3

74. Anser dina vänner att du är en tålmodig person?	Item 22
75. Anser du att de flesta människor handskas med sina pengar på ett klokt sätt?	
76. Bli du irriterad om någon börjar skoja och skämta mitt i en allvarlig diskussion?	
77. Tycker du att god mat och goda drycker tillhör livets glädjeämnen?	
78. Kan du finna något nöje i att vara spydig mot någon?	Item 18
79. Brukar du vara envis även när det gäller saker som inte är så viktiga?	Item 58
80. Kan du bli så irriterad på en tavla som hänger på sned att du måste rätta till den?	Item 19

Nr \_\_\_\_\_

**BCT-II**

Namn: \_\_\_\_\_

Födelsedatum: \_\_\_\_\_

Kön: Man ( ) Kvinna ( )

Ifyllt den: \_\_\_\_\_

*Anvisningar: Om ditt svar på frågan är **JA**, gör då en ring omkring **JA**. Om ditt svar är **NEJ**, sätt då ringen omkring **NEJ**.*

*Svara på **alla** frågorna, även om du inte är helt säker! Kontrollera att ingen fråga blivit överhoppad.*

*Svara med det svarsalternativ som du först kommer att tänka på!*

- |   |               |
|---|---------------|
| 1. Är du alltid intresserad av nya strömningar och de senaste idéerna?  | <b>JA NEJ</b> |
| 2. Är du hjärtlig mot människor som du möter?   | <b>JA NEJ</b> |
| 3. Tycker du illa om att behöva lämna ett arbete oavslutat, som du ännu inte har avslutat?                        | <b>JA NEJ</b> |
| 4. Har du svårt att börja med saker som måste göras?  | <b>JA NEJ</b> |
| 5. Händer det ofta att du, när du en gång börjat tala, utan svårighet skulle kunna fortsätta hur länge som helst? | <b>JA NEJ</b> |
| 6. Har du ofta en känsla av att folk inte bryr sig tillräckligt mycket om dig?                                    | <b>JA NEJ</b> |
| 7. Har du lätt för att bortse från detaljer?  | <b>JA NEJ</b> |
| 8. Händer det ofta att du blir efter med saker och ting?  | <b>JA NEJ</b> |
| 9. Skulle du beskriva dig själv som en tillbakadragen person?   | <b>JA NEJ</b> |

**FORTSÄTTNING TABELL A.4**

© Z. Cesarec, M. Fridell 1981, 2007

10. Blir du irriterad om du måste upprepa en förklaring för någon som inte lyckats förstå?	<b>JA NEJ</b>
11. Brukar du med stor omsorg hänga upp eller vika dina kläder innan du ska lägga dig?	<b>JA NEJ</b>
12. Känner du ibland att du måste tänka på olika tal eller räkna saker som är betydelselösa?	<b>JA NEJ</b>
13. Brukar du berätta för dina vänner om dina svårigheter och misslyckanden?	<b>JA NEJ</b>
14. Har du ibland ansetts vara oartig därför att du inte är tillmötesgående?	<b>JA NEJ</b>
15. Tror du att du har större krav på renlighet än många andra människor?	<b>JA NEJ</b>
16. Känner du att du måste stanna upp och tänka efter även om det gäller de mest obetydliga saker?	<b>JA NEJ</b>
17. Har du ibland svårt att uttrycka dig eller finna de rätta orden?	<b>JA NEJ</b>
18. Kan du finna något nöje i att vara spydig mot någon?	<b>JA NEJ</b>
19. Kan du bli så irriterad på en tavla som hänger på sned att du måste rätta till den?	<b>JA NEJ</b>
20. Har du svårt att bestämma dig även om det gäller oväsentliga ting?	<b>JA NEJ</b>
21. Tycker du om att sitta tillsammans med andra människor även om ni inte har kontakt med varandra?	<b>JA NEJ</b>
22. Anser dina vänner att du är en tålmodig person?	<b>JA NEJ</b>
23. Blir du irriterad om människor kommer för sent till möten?	<b>JA NEJ</b>
24. Känner du dig ofta tvungen att kontrollera om du har stängt dörren eller släckt ljuset?	<b>JA NEJ</b>
25. Tycker du att det skulle vara roligt att ordna en stor fest för hundratals gäster med massor av god mat och dryck?	<b>JA NEJ</b>
26. Är människor rädda för din vassa tunga när du är uppretad?	<b>JA NEJ</b>
27. Är det viktigt för dig att vara perfekt i ditt arbete?	<b>JA NEJ</b>
28. Tycker du ibland att hur du än bär dig åt, så vill det sig inte?	<b>JA NEJ</b>
29. Ogillar du att ta ställning i hetsiga debatter?	<b>JA NEJ</b>

**FORTSÄTTNING TABELL A.4**

© Z. Cesarec, M. Fridell 1981, 2007

30. Bryr du dig om ifall dina vänner har det bättre ställt än du?	<b>JA NEJ</b>
31. Kan du bli upprörd om en människa lämnar tvättstället i nedsmutsat skick?	<b>JA NEJ</b>
32. Känner du ibland ett inre tvång att göra vissa saker även om ditt förnuft säger dig att det inte är nödvändigt?	<b>JA NEJ</b>
33. Är du en av dem som nästan alltid är full av goda idéer?	<b>JA NEJ</b>
34. Kan du känna ilska vid blotta åsynen av en person utan någon egentlig orsak?	<b>JA NEJ</b>
35. Blir du ibland lite slarvig om det du gör tar längre tid?	<b>JA NEJ</b>
36. Händer det ibland att du under en längre tid inte kan få en tanke eller melodi ur huvudet?	<b>JA NEJ</b>
37. Anser du att det är bäst om saker och ting förblir som de är därför att det nya sällan är bättre än det gamla?	<b>JA NEJ</b>
38. Har du lätt för att stå ut med dumma människor?	<b>JA NEJ</b>
39. Är du en person som är punktlig och alltid håller tider?	<b>JA NEJ</b>
40. Händer det att du inte kan somna om du inte dessförinnan gjort vissa saker i en speciell ordning?	<b>JA NEJ</b>
41. Tycker du att vad som helst kan vara anledning till en trevlig fest?	<b>JA NEJ</b>
42. Försöker du undvika att sära människor med ditt tal?	<b>JA NEJ</b>
43. Tycker du om att ha fasta vanor både hemma och på arbetet?	<b>JA NEJ</b>
44. Brukar du grubbla över saker och ting?	<b>JA NEJ</b>
45. Brukar du vara tyst i en grupp?	<b>JA NEJ</b>
46. Roas du av skvaller och elaka skämt om andra människor?	<b>JA NEJ</b>
47. Om något du tycker om blir nedsmutsat eller skadat, förlorar du då glädjen med det?	<b>JA NEJ</b>
48. Vet du ibland precis vad du vill säga men kan ändå inte uttrycka det?	<b>JA NEJ</b>
49. Kännetecknas ditt känsloliv av måttlighet och behärskning?	<b>JA NEJ</b>
50. Blir du upprörd om du måste böja dig för majoriteten i en grupp?	<b>JA NEJ</b>



**FORTSÄTTNING TABELL A.4**

© Z. Cesarec, M. Fridell 1981, 2007

51. Är det lätt för dig att avbryta en uppgift innan du är färdig med den? **JA NEJ**
52. Känner du dig ibland tvingad att räkna saker? **JA NEJ**
53. Tycker du om att bli ompysslad när du är sjuk eller har gjort dig illa? **JA NEJ**
54. Brukar du argumentera bara för argumenterandets skull? **JA NEJ**
55. Trivs du bäst med regelbundna tider och väl inkörda rutiner? **JA NEJ**
56. Känns det ibland som om du måste gå på trottoarstenar på ett speciellt sätt? **JA NEJ**
57. Gillar du överraskningar och improvisationer i ditt dagliga liv? **JA NEJ**
58. Brukar du vara envis även när det gäller saker som inte är så viktiga? **JA NEJ**
59. Avskyr du smuts och smutsiga saker? **JA NEJ**
60. Frågar du dig ofta "har jag gjort rätt"? **JA NEJ**

*Kolla att du inte har glömt att fylla i någon av frågorna.*

*Tack för hjälpen!*

***Sammanfattning***

<b><i>Variabel</i></b>	<b><i>Råpoäng</i></b>	<b><i>Staninepoäng</i></b>	<b><i>T-poäng</i></b>
<b><i>OOC</i></b>			
<b><i>OPC</i></b>			
<b><i>ARC</i></b>			
<b><i>OCC</i></b>			

TABELL A.5

Faktoranalys BCT-II med 15 items per variabel (60-itemsversionen).

OOC Itemnr	Factor				OPC Itemnr	Factor			
	1	2	3	4		1	2	3	4
1	-.28				2	.44	.29		.37
5	-.46			.39	6	.29		.46	.27
9	-.62		-.32		10				.56
13	-.31				14				.43
17	.36		-.51		18				.55
21	-.36				22				.58
25	-.50				26				.63
29	-.34		-.38	.31	30				.38
33	.45				34			.30	.52
37	-.45	.30			38				.34
41	-.41				42				-.45
45	-.49		-.40		46				.46
49	-.28			.34	50			.25	.57
53	-.27				54				.56
57	-.62				58			.25	.41

ARC Itemnr	Factor				OCC Itemnr	Factor			
	1	2	3	4		1	2	3	4
3		.29			4		.31	.43	.25
7		-.25			8		.27	.50	
11		-.59			12			.45	.25
15		-.51			16		-.32	.57	
19		-.50			20			.66	
23		-.46			24		-.29	.40	
27		.55			28			.57	
31		.52			32		-.28	.49	
35		-.25	-.29		36			.41	
39	.25	-.49	-.36		40		-.47	.47	
43	-.34	-.57			44			.60	
47		-.40			48			.62	
51		-.35			52		-.36	.54	
55	.38	-.55			56			.44	.32
59		-.63			60			.57	

**TABELL A.6**

Interkorrelationer och korrelationer med ålder för BCT-variablernas råpoäng och standardpoäng i standardiseringsmaterialet (n=806).

	OOO	OPC	ARC	OCC	TOOC	TOPC	TARC	TOCC	SOOC	SOPC	SARC	SOCC
Age	-.164	-.280	.190	-.174	.000	-.029	.011	-.006	-.162	-.285	.186	-.164
	.000	.000	.000	.000	.995	.417	.762	.861	.000	.000	.000	.000
OOO	1	-.123	-.211	-.218	.976	-.162	-.188	-.248	.975	-.112	-.216	-.215
	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000
OPC		1	.139	.436	-.158	.952	.197	.397	-.111	.967	.144	.423
		.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.000
ARC			1	.331	-.186	.206	.978	.372	-.222	.142	.987	.322
			.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
OCC				1	-.247	.407	.370	.972	-.223	.444	.341	.982
				.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
TOOC					1	-.163	-.191	-.253	.963	-.156	-.189	-.243
					.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
TOPC						1	.210	.418	-.164	.935	.211	.398
						.	.000	.000	.000	.000	.000	.000
TARC							1	.381	-.191	.198	.964	.360
							.	.000	.000	.000	.000	.000
TOCC								1	-.247	.400	.382	.960
								.	.000	.000	.000	.000
SOOC									1	-.117	-.226	-.217
									.	.001	.000	.000
SOPC										1	.146	.437
										.	.000	.000
SARC											1	.332
											.	.000

**TABELL A.7**

Medelvärden och spridningar för män och kvinnor totalt i standardiseringsmaterialet jämte signifikansprövningar i 60-itemsversionen (n=806).

	Kön	N	Medel- värde	Standardav- vikelse	Std. Error Mean	t-värde	P
OOC	1 Kvinna	416	8,97	2,92	0,143	3,06	0,002
	2 Man	390	8,34	2,88	0,146		
OPC	1 Kvinna	416	3,24	2,56	0,126	2,27	0,002
	2 Man	390	3,66	2,65	0,134		
ARC	1 Kvinna	416	8,83	3,02	0,149	2,37	0,018
	2 Man	390	8,32	3,03	0,153		
OCC	1 Kvinna	416	5,14	3,24	0,159	1,856	0,064
	2 Man	390	5,10	3,09	0,157		
TOOC	1 Kvinna	414	50,00	9,99	0,491	,004	0,997
	2 Man	390	50,00	10,07	0,510		
TOPC	1 Kvinna	414	49,93	9,88	0,491	,077	0,936
	2 Man	390	49,98	9,99	0,491		
TARC	1 Kvinna	414	50,06	9,94	0,503	,070	0,944
	2 Man	390	50,05	9,97	0,500		
TOCC	1 Kvinna	414	50,00	9,89	0,486	-,072	0,942
	2 Man	390	49,96	9,95	0,504		
StOOC	1 Kvinna	414	5,03	2,04	0,100	3,01	0,003
	2 Man	390	4,62	1,93	0,098		
StOPC	1 Kvinna	414	4,86	1,94	0,095	1,82	0,070
	2 Man	390	5,19	1,95	0,099		
StARC	1 Kvinna	414	5,00	1,98	0,097	2,22	0,026
	2 Man	390	4,70	1,97	0,100		
StOCC	1 Kvinna	414	5,03	1,96	0,096	1,64	0,101
	2 Man	390	4,79	1,93	0,098		

TABELL A.8

Standardiseringsmaterialet efter kön (män=265, kvinnor =757), 60-itemsversionen.

Variabel	Kön	Antal	Råpoäng		Stanine		T-poäng	
			m	Sd	m	Sd	m	Sd
OOC	Kvinnor	757	8,96	2,91	5,4	1,53	50,0	10,01
	Män	265	8,34	2,88	5,7	1,72	50,0	10,06
OPC	Kvinnor	757	3,24	2,56	5,1	1,76	50,0	10,00
	Män	265	3,66	2,65	4,9	1,62	50,0	10,07
ARC	Kvinnor	757	8,33	3,02	4,2	1,64	50,0	10,00
	Män	265	8,32	3,03	4,0	1,68	50,05	10,04
OCC	Kvinnor	757	5,51	3,24	4,7	1,83	50,00	9,94
	Män	265	5,10	3,09	4,0	1,80	49,96	9,95

TABELL A.9

Gamla normalmaterialet uppdelat på yrkesgrupper (män=265, kvinnor =757).

Grupper	Variab	Antal	Råpoäng		Stanine		T-poäng	
			m	Sd	m	Sd	m	Sd
SSK	OOC	177	12,8	3,18	5,3	1,71	50,3	10,32
	OPC	177	5,5	3,09	5,2	1,81	48,4	9,88
	ARC	177	7,7	3,18	4,1	1,60	45,1	9,93
	OCC	177	6,8	3,25	4,5	1,73	46,3	8,89
Socialhögsk	OOC	250	13,4	2,86	5,5	1,53	52,3	9,54
	OPC	250	6,0	3,18	5,5	1,73	48,8	10,29
	ARC	250	8,2	3,13	4,4	1,57	47,2	9,90
	OCC	250	8,4	3,62	5,3	1,90	48,9	9,31
Behandl.pers	OOC	547	13,1	2,95	5,5	1,58	52,0	9,60
	OPC	547	4,8	2,76	4,8	1,64	47,2	8,90
	ARC	547	7,4	3,23	3,9	1,65	43,5	10,08
	OCC	547	6,1	2,95	4,1	1,71	45,5	8,56
Kriminalvård	OOC	48	13,1	2,63	5,6	1,47	52,2	8,70
	OPC	48	5,7	3,29	5,3	1,87	49,6	10,56
	ARC	48	9,3	3,52	5,0	1,81	49,8	10,85
	OCC	48	6,7	3,32	4,4	1,88	47,1	9,47

TABELL A.10

Kanonisk diskriminantanlys av BCT-variabler mot personlighetsstörning enligt DSM-III-R/IV. Procent korrekt predicerade för respektive kategori.

Personl.störn	Predicted Group Membership												
	1 Para- noid	2 Schi- zoid	3 Schi- zotyp	4 Tvångs- mässig	5 His- tionr	6 Dep- endent	7 ASPD	8 Narcis- sistisk	9 Und- vikan	10 Bor- derline	11 Pass- agg	12 UNS	13 Maso- chist
1. Paranoid	31,3	9,4	3,1	12,5	12,5	,0	,0	6,3	9,4	9,4	,0	,0	6,3
2. Schizoid	15,4	30,8	15,4	15,4	,0	7,7	,0	7,7	7,7	,0	,0	,0	,0
3. Schizotyp	30,8	7,7	,0	15,4	15,4	,0	,0	,0	15,4	7,7	,0	,0	7,7
4. Tvångsmässig	12,5	6,3	6,3	50,0	,0	,0	,0	6,3	6,3	,0	6,3	,0	6,3
5. Histrionisk	9,1	9,1	,0	4,5	45,5	9,1	4,5	,0	,0	4,5	4,5	,0	9,1
6. Dependent	5,6	27,8	,0	16,7	,0	5,6	,0	11,1	22,2	11,1	,0	,0	,0
7. Anti-social	15,5	12,0	,7	12,0	21,8	5,6	,7	7,0	7,7	9,9	2,8	,0	4,2
8. Narcissistisk	8,7	13,0	,0	21,7	21,7	4,3	,0	13,0	4,3	8,7	4,3	,0	,0
9. Undvikande	4,8	14,3	4,8	14,3	,0	4,8	,0	4,8	38,1	14,3	,0	,0	,0
10. Borderline	17,1	5,7	5,7	5,7	8,6	1,4	1,4	2,9	15,7	20,0	4,3	1,4	10,0
11. Passivt-aggr	10,5	21,1	,0	10,5	31,6	5,3	,0	,0	10,5	5,3	,0	,0	5,3
12. UNS-atypisk	20,8	16,7	,0	8,3	8,3	8,3	,0	4,2	12,5	12,5	4,2	,0	4,2
13. Masochist	20,0	6,7	,0	13,3	,0	,0	,0	6,7	13,3	26,7	,0	,0	13,3
14. UNS	14,7	13,4	1,6	15,0	17,8	6,0	1,6	9,2	9,5	7,4	1,0	,2	2,4

TABELL A.11

Medelvärden och spridningar för BCT-variabler i patientmaterialet uppdelat på fyra diagnostiska grupper (n=1 185). T-poäng.

Diagnostiska grupper	n	OOC		OPC		ARC		OCC	
		m	s	m	s	m	s	m	s
Drogmissbrukare	784	45,4	11,29	54,9	11,55	51,43	10,45	53,7	11,25
Alkoholmissbrukare	159	45,9	12,47	53,8	11,35	53,5	10,22	54,8	12,14
Allmänpsykiatriska patienter	213	42,6	11,95	54,5	11,34	54,0	10,82	56,6	12,69
Ätstörningar	29	40,4	9,84	59,9	13,8	59,6	9,18	57,14	10,59

**TABELL A.12**

Medelvärden och spridningar i BCT för de fem diagnostiska undergrupperna i allmänpsykiatriska material plus patienter med komorbiditet, det vill säga axel-I som första diagnos (n=213) och axel-I som tilläggsdiagnos (n=87). T-poäng för totalt n=300.

	Andra diagnosgrupper	Mean	Std. Deviation	N
<b>T-OOC -</b>	1 Schizofreni	41,8	11,11	42
	2 Paranoida	47,2	9,82	26
	3 Förstämning/dysthymi	43,6	12,47	109
	4 Ångest/depression	42,6	11,80	84
	5 Org/Tox/Övriga	42,1	12,28	39
	Total	43,2	11,88	300
<b>T-OPC -</b>	1 Schizofreni	51,5	11,86	42
	2 Paranoida	58,2	11,03	26
	3 Förstämning/dysthymi	56,5	10,64	109
	4 Ångest/depression	55,4	10,91	84
	5 Org/Tox/Övriga	55,6	11,31	39
	Total	55,6	11,07	300
<b>T-ARC</b>	1 Schizofreni	55,8	9,17	42
	2 Paranoida	51,3	11,30	26
	3 Förstämning/dysthymi	55,9	9,67	109
	4 Ångest/depression	50,7	11,36	84
	5 Org/Tox/Övriga	51,2	11,63	39
	Total	53,4	10,73	300
<b>T-OCC</b>	1 Schizofreni	53,58	11,92	42
	2 Paranoida	54,2	11,51	26
	3 Förstämning/dysthymi	58,0	11,66	109
	4 Ångest/depression	57,3	10,77	84
	5 Org/Tox/Övriga	57,2	13,63	39
	Total	56,8	11,76	300

TABELL A.13

Jämförelser mellan olika personlighetsstörningar för BCT-variabeln OOC.

Notationen betyder att stjärna är signifikans enligt LSD (\*) och stjärna med fetstil innebär signifikans också enligt Tukey (\*).

	m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 paranoid	42,1												
2 schizoid	37,7												
3 schizotyp	42,2												
4 histrion	51,1	**	***	**									
5 narcissistisk	48,1	*	**	#									
6 anti-social	47,3	**	***	#									
7 borderline	43,4		*		**	#	**						
8 undvikande	34,7	**		*	***	***	***	***					
9 dependent	39,4				***	**	**						
10 tvångsmässig	43,9		#		*				**				
11 passivt-aggr	43,0				**		#		**				
12 UNS/atypisk	42,7				**	#	*		**				
13 masochistisk	40,7				**	**	**		#				

Signifikansnivåer: # =  $p < .10$ , \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$ .

TABELL A.14

Jämförelser mellan olika personlighetsstörningar för BCT-variabeln OPC.

Notationen betyder att stjärna är signifikans enligt LSD (\*) och stjärna med fetstil innebär signifikans också enligt Tukey (\*).

	m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 paranoid	61,7												
2 schizoid	54,0	**											
3 schizotyp	61,9		#										
4 histrion	53,9	**		*									
5 narcissistisk	52,7	**		*									
6 anti-social	55,5	**		*									
7 borderline	60,7		*		**	***	***						
8 undvikande	54,1	**		*				**					
9 dependent	51,2	***		**			#	***					
10 tvångsmässig	50,9	***		**			#	***					
11 passivt-aggr	54,9	*		#				*					
12 UNS/atypisk	58,5	#						#		#	#		
13 masochistisk	57,8								#	#	*		

Signifikansnivåer: # =  $p < .10$ , \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$ .



**TABELL A.15**

Jämförelser mellan olika personlighetsstörningar för BCT-variabeln ARC.

Notationen betyder att stjärna är signifikans enligt LSD (\*) och stjärna med fetstil innebär signifikans också enligt Tukey (\*).

	m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 paranoid	57,3												
2 schizoid	51,5	#											
3 schizotyp	53,3												
4 histrion	52,5	#											
5 narcissistisk	54,3												
6 anti-social	51,2	**											
7 borderline	52,0	**											
8 undvikande	51,0	*											
9 dependent	50,2	*											
10 tvångsmässig	52,7												
11 passivt-aggr	50,5	*											
12 UNS/atypisk	54,0												
13 masochistisk	50,4	*											

**TABELL A.16**

Jämförelser mellan olika personlighetsstörningar för BCT-variabeln OCC.

Notationen betyder att stjärna är signifikans enligt LSD (\*) och stjärna med fetstil innebär signifikans också enligt Tukey (\*).

	m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 paranoid	61,1												
2 schizoid	50,5	**											
3 schizotyp	59,7		*										
4 histrion	52,9	**		#									
5 narcissistisk	52,4	**		#									
6 anti-social	52,9	***											
7 borderline	57,9		**		*	*	***						
8 undvikande	57,5		**				#						
9 dependent	51,2	**		*				**	#				
10 tvångsmässig	60,0		**		*	*	**			**			
11 passivt-aggr	55,0	*											
12 UNS/atypisk	57,7		*			#	*			#			
13 masochistisk	56,5												

## Samband med andra test och skalor

TABELL A.17

Korrelationer mellan BCT-(råpoäng) och CMPS-variabler (råpoäng) för normalmaterialet (n=363).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Achievement	Pearson Correlation	,190***	,312***	,268***	,351***
Affiliation	Pearson Correlation	,391***	,013	,046	,158**
Aggression	Pearson Correlation	,163**	,649***	,124*	,297***
Defence of Status	Pearson Correlation	-,246***	,250***	,358***	,582***
Guilt	Pearson Correlation	-,080	,137**	,335***	,559***
Dominance	Pearson Correlation	,454***	,082	-,009	-,219***
Exhibitionism	Pearson Correlation	,564***	,248***	-,073	-,018
Autonomi	Pearson Correlation	,022	,360***	-,020	,163**
Nurturance	Pearson Correlation	,162**	-,159**	,082	,111*
Need Order	Pearson Correlation	-,124*	-,052	,670***	,146**
Succorance	Pearson Correlation	,306***	,047	,027	,267***
Acquiescence	Pearson Correlation	-,005	,459***	,226***	,501***
Neurotic Assertiveness	Pearson Correlation	,003	,459***	,405***	,657***
Dominance	Pearson Correlation	,536***	,031	-,229***	-,423***
Aggressiv Nonkonformism	Pearson Correlation	,160**	,487***	-,365***	,117*
Passive Dependency	Pearson Correlation	,262***	,113*	,151**	,409***
Sociability	Pearson Correlation	,176***	-,430***	,001	-,026

Signifikansnivåer: # =  $p < .10$ , \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$ .

TABELL A.18

Korrelationer mellan BCT- (råpoäng) och CMPS-variabler (råpoäng) för patientmaterialet (n=920).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Achievement	Pearson Correlation	,166***	,293***	,285***	,270***
Affiliation	Pearson Correlation	,323***	-,087	,000	,044*
Aggression	Pearson Correlation	,070*	,614***	,035	,317***
Defence of Status	Pearson Correlation	-,401***	,324***	,330***	,520***
Guilt	Pearson Correlation	-,258***	,225***	,385***	,515***
Dominance	Pearson Correlation	,571***	,011*	-,055	-,273
Exhibitionism	Pearson Correlation	,610***	,043	-,154***	-,136***
Autonomi	Pearson Correlation	,062	,370***	-,165***	,092**
Nurturance	Pearson Correlation	,249***	-,238***	,008	,004
Need Order	Pearson Correlation	-,035	-,112**	,631***	,106**
Succorance	Pearson Correlation	,174***	-,010	,097**	,179***
Acquiescence	Pearson Correlation	-,101**	,477***	,299***	,501***
Neurotic Assertiveness	Pearson Correlation	-,166***	,518***	,401***	,604***
Dominance	Pearson Correlation	,624***	-,115***	-,248***	-,411***
Aggressiv Nonkonformism	Pearson Correlation	,075*	,476***	-,386***	,120***
Passive Dependency	Pearson Correlation	,096**	,075*	,172***	,310***
Sociability	Pearson Correlation	,238***	-,484***	-,016	-,140***

Signifikansnivåer: # =  $p < .10$ , \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$ .

**TABELL A.19**

Korrelationer mellan BCT (T-poäng) och EPQ (T-poäng) i en grupp patienter vårdade för suicidproblem (n=41).

		TOOC	TOPC	TARC	TOCC
Extraversion	Pearson Correlation	,636***	-,182	,059	-,068
Psykoticism	Pearson Correlation	-,070	,377*	-,185	-,064#
Neuroticism	Pearson Correlation	-,312*	,390**	,316*	,467**
Lie Score	Pearson Correlation	,159	-,302*	,061#	,176
Impulsivitet	Pearson Correlation	,240	,236	,075	,144

Signifikansnivåer: # =  $p < .10$ , \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$ .

**TABELL A.20**

Korrelationer mellan BCT-variabler (T-poäng) och KSP (T-poäng) i patienter vårdade för huvudsakligen suicidproblem eller alkoholberoende (n=86). Endast T-poäng för KSP har funnits tillgängliga för analyserna.

		TOOC	TOPC	TARC	TOCC
Somatic Anxiety	Pearson Correlation	-,143	,242*	,132	,113
Psychic Anxiety	Pearson Correlation	-,490***	,378***	,092	,335**
Muscular Tension	Pearson Correlation	-,076	,136	,311**	,352***
Social Desirability	Pearson Correlation	,214*	-,488***	,242*	,128
Impulsiveness	Pearson Correlation	,293**	,146	-,095	-,054
Monotony Avoidance	Pearson Correlation	,372***	,045	-,171	-,051
Detachment	Pearson Correlation	-,514***	,245*	-,167	,031*
Psychoastenia	Pearson Correlation	-,265*	,442***	,246*	,241*
Socialization	Pearson Correlation	,056	-,531***	-,073	-,114
Indirect Aggression	Pearson Correlation	-,099	,199	-,103	-,062
Verbal Aggression	Pearson Correlation	,058	,179	-,156	-,197
Irritability	Pearson Correlation	-,288**	,311**	,087	-,039
Suspicion	Pearson Correlation	,012	,207	-,098	,009
Guilt	Pearson Correlation	-,107	,172	,275*	,448***
Inhibition of Aggression	Pearson Correlation	-,182	-,241*	,188	,269*

Signifikansnivåer: # =  $p < .10$ , \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$ .

**TABELL A.21**

Korrelationer mellan BCT-variabler (råpoäng) och SSP (råpoäng) i ett normalmaterial (n=20).

Variabel		OOO	OPC	ARC	OCC
Somatic Trait Anxiety	Pearson Correlation	-,088	,622**	,122	,429
Psychic Trait Anxiety	Pearson Correlation	,058	,216	,386	,449*
Stress Susceptibility	Pearson Correlation	-,276	-,017	,068	,225
Lack of Assertiveness	Pearson Correlation	-,189	-,115	,045	,121
Impulsiveness	Pearson Correlation	,234	,219	-,351	-,251
Adventure Seeking	Pearson Correlation	,317	,597**	,124	,217
Detachment	Pearson Correlation	-,579**	,374	,516*	,438
Social Desirability	Pearson Correlation	-,006	-,212	,044	-,391
Embitterment	Pearson Correlation	,425	,335	,041	,022
Trait Irritability	Pearson Correlation	-,059	,432	,386	,470*
Mistrust	Pearson Correlation	-,006	-,079	,060	,113
Verbal Trait Aggression	Pearson Correlation	,352	,445*	,026	,336
Physical Trait Aggression	Pearson Correlation	-,046	,748***	,410	,654**

Signifikansnivåer: # =  $p < .10$ , \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$ .

**TABELL A.22**

Korrelationer mellan BCT (råpoäng) och SSP (råpoäng) i en grupp män med alkoholberoende och kvinnor med narkotikamissbruk (n=73).

		OOO	OPC	ARC	OCC
Somatic Trait Anxiety	Pearson Correlation	-,321**	,578***	,164	,468***
Psychic Trait Anxiety	Pearson Correlation	-,559***	,560***	,272*	,576***
Stress Susceptibility	Pearson Correlation	-,514***	,617***	,457***	,601***
Lack of Assertiveness	Pearson Correlation	-,413***	,233*	,105	,420
Impulsiveness	Pearson Correlation	,120	,181	-,018	,065
Adventure Seeking	Pearson Correlation	,382**	-,064	-,458***	-,306**
Detachment	Pearson Correlation	-,557***	,579***	,352**	,442***
Social Desirability	Pearson Correlation	,352**	-,591***	-,381**	-,407***
Embitterment	Pearson Correlation	-,359**	,528***	,235*	,549***
Trait Irritability	Pearson Correlation	-,320**	,657***	,415***	,552***
Mistrust	Pearson Correlation	-,345**	,573***	,087	,431***
Verbal Trait Aggression	Pearson Correlation	,049	,527***	,118	,259*
Physical Trait Aggression	Pearson Correlation	-,177	,554***	,105	,270*

Signifikansnivåer: # =  $p < .10$ , \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$ .

**TABELL A.23**

Korrelationer mellan BCT (råpoäng) Locus of Control (råpoäng) i ett normalmaterial (n=92).

BCT-variabler		LOCUS OF CONTROL
OOB	Pearson Correlation	-,312**
OPC	Pearson Correlation	,240*
ARC	Pearson Correlation	,171
OCC	Pearson Correlation	,389***

Signifikansnivåer: # =  $p < .10$ , \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$ .

**TABELL A.24**

Korrelationer mellan BCT (råpoäng) och MNT (råpoäng) i en grupp patienter vårdade för suicidproblem (n=41).

MNT-skalar		OOB	OPC	ARC	OCC
Validitet	Pearson Correlation	,438***	-,267*	-,400***	-,396***
Stabilitet	Pearson Correlation	-,243*	,127	-,030	,168
Soliditet	Pearson Correlation	-,313**	-,265*	,161	-,017

**TABELL A.25**

Korrelationer mellan BCT (råpoäng) och SCL-90-variabler (råpoäng) i ett normalmaterial (n= 407).

		OOB	OPC	ARC	OCC
Somatization	Pearson Correlation	-,113*	,156**	,182***	,343***
Obsessive-compulsive	Pearson Correlation	-,138***	,281***	,102*	,539***
Interpersonal Sensitivity	Pearson Correlation	-,172***	,401***	,176***	,489***
Depression	Pearson Correlation	-,084	,345***	,098*	,465***
Anxiety	Pearson Correlation	-,122*	,284***	,166**	,503***
Hostility	Pearson Correlation	-,034	,360***	,124*	,354***
Fobic Anxiety	Pearson Correlation	-,109*	,179***	,044	,228***
Paranoid Ideation	Pearson Correlation	-,078	,371**	,128**	,445***
Psychoticism	Pearson Correlation	-,162**	,283***	,140**	,442***
Global Severity Index	Pearson Correlation	-,145**	,351***	,152**	,543***
Pos.Sympt.Distress Ind.	Pearson Correlation	-,053	,164**	,080	,327***
Positive Symptom Total	Pearson Correlation	-,205***	,361***	,150**	,550***

**TABELL A.26**

Korrelationer mellan Basic Character Trait Test (BCT, råpoäng) och SCL-90-variabler (råpoäng) i ett patientmaterial (n= 853).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Somatization	Pearson Correlation	-,194***	,344***	,128***	,452***
Obsessive-Compulsive	Pearson Correlation	-,268***	,467***	,150***	,629***
Interpersonal Sensitivity	Pearson Correlation	-,325***	,436***	,129***	,493***
Depression	Pearson Correlation	-,284***	,435***	,124***	,519***
Anxiety	Pearson Correlation	-,252***	,432***	,139***	,541***
Hostility	Pearson Correlation	-,123***	,466***	,064#	,378***
Phobic Anxiety	Pearson Correlation	-,341***	,307***	,154***	,427***
Paranoid Ideation	Pearson Correlation	-,249***	,471***	,139***	,491***
Psychoticism	Pearson Correlation	-,308***	,418***	,204***	,533***
Global Severity Index	Pearson Correlation	-,309***	,492***	,157***	,591***
Pos.Sympt.Distress Index	Pearson Correlation	-,174***	,374***	,090**	,382***
Positive Sympt. Total	Pearson Correlation	-,330***	,480***	,158***	,627***

**TABELL A.27**

Korrelationer mellan BCT (råpoäng) och Hälsoenkäten (SF-36) i samtel av tunga narkotikamisbrukare (n=169).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Physical Functioning	Pearson Correlation	,023	-,179*	-,071	-,198#
Role-physical	Pearson Correlation	,027	-,214**	-,148#	-,280***
Bodily Pain	Pearson Correlation	,124	-,315***	-,039	-,249***
General Health	Pearson Correlation	,208**	-,364***	,050	-,426***
Vitality	Pearson Correlation	,159*	-,390***	,074	-,440***
Social Functioning	Pearson Correlation	,162*	-,454***	-,088	-,430***
Role-emotional	Pearson Correlation	,151*	-,315***	-,123	-,419***
Mental Health	Pearson Correlation	,234**	-,457***	,058	-,523***
Physical Health – Globalt	Pearson Correlation	,022	-,166*	-,067	-,153*
Mental Health – Globalt	Pearson Correlation	,217**	-,445***	-,014	-,516***

**TABELL A.28**

Korrelationer mellan Basic Character Trait Test (BCT, råpoäng) och DIP-Q personlighetsstörningar i ett patientmaterial (n=75).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Paranoid personlighetsstörning	Pearson Correlation	-.145	.487***	.107	.486***
Schizoid personlighetsstörning	Pearson Correlation	-.272*	.330**	-.061	.367**
Schizotyp personlighetsstörning	Pearson Correlation	.077	.563***	.178	.567***
Anti-social personlighetsstörning	Pearson Correlation	-.056	.457***	.135	.448***
Borderline personlighetsstörning	Pearson Correlation	-.159	.629***	.136	.705***
Histrion personlighetsstörning	Pearson Correlation	.095	.531***	.246*	.487***
Narcissistisk personlighetsstörn	Pearson Correlation	.079	.591***	.134	.541***
Undvikande personlighetsstörn	Pearson Correlation	-.377**	.495***	.118	.503***
Dependent personlighetsstörn	Pearson Correlation	-.328**	.407***	.092	.591***
Obsessivt-kompulsiv personligh	Pearson Correlation	-.069	.458***	.295#	.409***
AF-poäng	Pearson Correlation	.218#	-.226#	-.008	-.275

**TABELL A.29**

Korrelationer mellan BCT (Rå-poäng) och ISSI (rp) i patientgruppen (n=462).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Tillgång till social integration	Pearson Corr.	.276***	-.159**	-.121**	-.228***
Tillgång till känslomässiga relationer	Pearson Corr.	.278***	-.178***	-.080#	-.206***
Tillfredsställelse med social integration	Pearson Corr.	.125**	-.224***	-.019	-.243***
Tillfredsställelse med känslomässiga relationer	Pearson Corr.	.184***	-.166***	-.085#	-.238***
Totalpoäng	Pearson Corr.	.259***	-.233***	-.093*	-.295***

**TABELL A.30**

Korrelationer mellan BCT (stanine) och SAS-SR i en grupp missbrukare (n=75).

		OOC	OPC	ARC	OCC
SASTOT Totalpoäng	Pearson Corr.	-.259*	.250*	-.051	.151
SAS-SR: Arbeta eller studier	Pearson Corr.	.012	-.041	.032	.026
SAS-SR: Arbeta utanför hemmet	Pearson Corr.	.048*	-.154	.075	-.015
SAS-SR: Hushållsarbete	Pearson Corr.	.088	.230*	.012	.139
SAS-SR: Studier	Pearson Corr.	-.122	.056	-.086	-.013
SAS-SR: Social och fritid	Pearson Corr.	-.131	.211#	-.001	.210#
SAS-SR: Poäng på familjesammanhållning	Pearson Corr.	-.048	.140	.084	.270*
SAS-SR: Äktenskaplig poäng	Pearson Corr.	-.066	.130	.133	.019
SAS-SR: Parental poäng	Pearson Corr.	.013	-.147	-.050	.166
SAS-SR: Extended family	Pearson Corr.	.160	.060	.063	.101
SAS-SR: Ekonomisk tillfredsställelse	Pearson Corr.	-.076	.109	-.048	.007

**TABELL A.31**

Korrelationer mellan BCT (råpoäng) och KASAM (råpoäng) i en grupp missbrukare (n=179).

		OOO	OPC	ARC	OCC
KASAM – Begriplighet	Pearson Correlation	,058	-,172*	,052	-,279***
KASAM – Hanterbarhet	Pearson Correlation	,109	-,222**	,190*	-,242**
KASAM – Meningsfullhet	Pearson Correlation	,206**	-,276***	,092#	-,170*
KASAM – TOTALPÖÄNG	Pearson Correlation	,143#	-,267***	,122	-,276***

**TABELL A.32**

Korrelationer mellan BCT-variabler och Audit (n=60) i normalmaterial.

		OOO	OPC	ARC	OCC
Riskkonsumtion	Pearson Correlation	,111	,375***	,050	,133
Beroendesymtom	Pearson Correlation	-,114	,046	,143	,101
Skadekonsumtion	Pearson Correlation	,125	-,048	-,053	-,123
Audit totalt	Pearson Correlation	,115	,241#	,044	,056

**TABELL A.33**

Korrelationer mellan BCT-variabler och Audit i patientmaterial (n=89).

		OOO	OPC	ARC	OCC
Riskkonsumtion	Pearson Correlation	-,123	,011	-,055	-,105
Beroendesymtom	Pearson Correlation	-,132	,016	-,018	-,099
Skadekonsumtion	Pearson Correlation	-,133	,068	-,022	-,031
Audit totalt	Pearson Correlation	-,144	,039	-,035	-,082



TABELL A.34

Korrelationer BCT (råpoäng) och AVI (kvartil och decentil), (n=32).

Kvartiler		OOC	OPC	ARC	OCC
Kvartil-Missbruksduration	Pearson Correlation	-,368*	-,271	,108	,006
Konsumtionsmängd per dag	Pearson Correlation	-,382*	,070	,244	,343#
Kontrollförlust	Pearson Correlation	-,336#	,422*	,052	,476**
Abstinenssymtom	Pearson Correlation	-,389*	,064	,268	,354#
Hallucinos	Pearson Correlation	-,396*	,193	,328#	,556**
Tidigare behandling	Pearson Correlation	-,247	,278	,208	,407*
Sociala komplikationer	Pearson Correlation	-,239	,261	,028	,363#
Minskad depression o spänning	Pearson Correlation	-,263	-,038	-,189	,244
Förbättrad kontaktförmåga	Pearson Correlation	-,238	,196	-,042	,378*
Förbättrad tankeförmåga	Pearson Correlation	-,308	,052	,174	,428*
Döljer missbruket	Pearson Correlation	-,145	,180	,119	,355#
Aggressivitet	Pearson Correlation	-,016	,329#	,074	,072
Partnern reagerar	Pearson Correlation	-,090	,307	,079	,434*
Dricker utanför hemmet	Pearson Correlation	,234	-,081	-,025	,198
Sällskapsdrickande	Pearson Correlation	,150	-,055	-,059	,170
Dagligdrickande	Pearson Correlation	-,234	,068	,217	,104
Bruk av sedativa	Pearson Correlation	-,489**	,013	,479**	,526**
D Tidigare samlevnadsproblem	Pearson Correlation	-,135	-,174	,379*	,122
D Alkoholmissbruk	Pearson Correlation	-,478**	,283	,237	,517**
D Psykologiska vinster	Pearson Correlation	-,371*	,128	,019	,503**
D Relationskomplikationer	Pearson Correlation	-,094	,336#	,110	,315#
D Socialt drickande	Pearson Correlation	,168	-,061	-,079	,221
D Dagligt drickande	Pearson Correlation	-,114	,128	,074	,063

TABELL A.35

Korrelationer mellan BCT (råpoäng) och Eating Disorder Inventory (EDI, råpoäng) i en grupp kvinnor med ätstörningar (n=28).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Viktfofi	Pearson Correlation	-,095	,025	-,086	,111
Bulimi	Pearson Correlation	-,140	,111	-,128	,334#
Missnöje med kroppen	Pearson Correlation	-,292	-,149	-,143	,197
Låg självkänsla	Pearson Correlation	-,341#	,064	-,201	,168
Perfektionism	Pearson Correlation	-,083	,091	,264	,182
Interpersonell misstro	Pearson Correlation	-,530**	,229	-,072	-,048
Störd interoceptiv medvetenhet	Pearson Correlation	-,175	,113	,144	,269
Rädsla för vuxenlivet	Pearson Correlation	-,069	,200	-,247	,106
Asketism	Pearson Correlation	-,210	-,002	-,310	,135
Störd impulsreglering	Pearson Correlation	,081	,247	-,127	,319#
Social osäkerhet	Pearson Correlation	-,420#	,275	-,210	,309
ICD-diagnos	Pearson Correlation	,016	,515**	,302	,496**

**TABELL A.36**

Korrelationer mellan BCT (råpoäng) och LSI2 (råpoäng) i normalmaterial (n=191).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Emotiv – Rationell	Pearson Correlation	,211**	-,045	-,187**	,068
Reflektiv – Pragmatisk	Pearson Correlation	-,176*	-,047	-,083	,085

**TABELL A.37**

Korrelationer mellan BCT-variabler (råpoäng) och SP-testet (råpoäng) i normalmaterial (n=191).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Strukturbehov	Pearson Correlation	-,138*	,113	,498***	,029
Distansbehov	Pearson Correlation	-,155*	,095	,165*	,007
Socio-psykobebehov	Pearson Correlation	-,192**	,117	,455***	,050

**TABELL A.38**

Korrelationer mellan BCT (råpoäng) och SRB (råpoäng samt IQ), (n=44).

		OOC	OPC	ARC	OCC
Synonymer	Pearson Correlation	,042	-,001	-,034	,021
Figurklassif	Pearson Correlation	,322*	,095	-,022	-,046
Block	Pearson Correlation	,117	-,086	,142	-,073
IQ	Pearson Correlation	,239	-,093	,138	-,110

# APPENDIX B

## Formulär som används i valideringsstudien

### B.1. Personlighetstest

#### *Cesarec Marke Personality Scheme – CMPS*

CMPS (1968a) är utprovat och använt nationellt på kliniska grupper som depressions-sjukdomar, psykosomatiska patienter och drogmissbrukare. Det är mycket använt vid olika urvalsundersökningar. Testet, som består av 165 frågor med ja- och nej-alternativ, mäter elva psykogena behov, efter Murrays personlighetsteori. Därutöver finns ett mått på responsstilen "ja-sägartendens". De elva behovsvariablerna sammanfattats i fem faktorindex.

#### *Variabler:*

- (1) ACH (Achievement) – prestationsbehov och konkurrensinriktning
- (2) AFF (Affiliation) – sällskaps- och vänskapsbehov samt kontaktsökande
- (3) AGG (Aggression) – impulsiv aggressivitet och irritabilitet
- (4) DST (Defense of Status) – behov att försvara sin status, jagsvaghet
- (5) GUI (Guilt-feelings) – skuldkänslor och överjagskonflikter
- (6) DOM (Dominance) – behov av att dominera och styra andra
- (7) EXH (Exhibition) – behov av att exponera sig, stå i centrum och uppmärksammas
- (8) AUT (Autonomy) – behov av självständighet och oberoende
- (9) NUR (Nurturance) – behov av att vårda, hjälpa och ta hand om andra
- (10) ORD (Order) – behov av ordning, renlighet och planering
- (11) SUC (Succorance) – behov av att bli hjälpt, vårdad, tröstad och omhändertagen
- (10) ACQ (Acquiescence) – "ja-sägartendens", en tendens att vid osäkerhet svara ja eller nej oberoende av frågans innehåll

#### *Faktorindex: (Summeringen av variabler vägda med faktorladdningen)*

- I Neurotisk självhävdelse (variabel 1, 3, 4 och 5)
- II Dominans (variabel 4, 5, 6 och 7)
- III Aggressiv nonkonformitet (variabel 3, 8 och 10)
- IV Passivt beroende (variabel 2, 4 och 11)
- V Sociabilitet (variabel 2, 3 och 9)

Split-half-reliabiliteten är på de första elva delskalorna som lägst  $r = .52$  (autonomi) medan de andra delskalorna ligger mellan  $r = .70$  och  $r = .80$ . Test-retestreliabiliteten är också lägst på skalan autonomi  $r = .56$  medan de andra varierar mellan  $r = .77$  och  $r = .94$ . I de fem faktor-indexen visade split-half-reliabilitetsvärden mellan  $r = .74$  och  $r = .90$  och test-retestvärden var mellan  $r = .81$  och  $r = .89$  (Cesarec & Marke 1968b). CMPS har använts kliniskt i stor omfattning, bland annat i undersökningar av depressions-sjukdomar av Perris & Strandman (1979; 1980).

#### *Eysenck Personality Questionnaire – EPQ*

S.B.G. Eysenck och H.J. Eysenck (1975) är upphovsmännen till EPQ, ett personlighetsformulär avsett att mäta fyra variabler: Extraversion, Neuroticism och Psykoticism samt så kallad Lie Score. Åtta items ingår i variabeln. En del items i extraversionsskalan redovisas separat som en Impulsivitetsskala (Eysenck & Eysenck, 1977). Frågeformuläret, som är en senare version av MPI och EPI, omfattar 114 frågor av ja-/nej-typ.

#### *The Karolinska Scales of Personality – KSP*

D. Schalling et al sammanställde och konstruerade KSP som ett personlighetsformulär, huvudsakligen avsett att mäta variabler relaterade till ångest, impulsivitet-psykopati och aggression. KSP omfattar 135 items fördelade på 15 delskalor: Somatic Anxiety (SA), Psychic Anxiety (PA), Muscular Tension (MT), Social Desirability (SD), Impulsiveness (I), Monotony Avoidance (M), Detachment (D), Psychastenia (Ps), Socialization (So), Indirect Aggression (Ag.ind), Verbal Aggression (Ag.verbal) Irritability (Ag.irr), Suspicion (Ag.susp) och Guilt (Ag.guilt). Antalet items per skala varierar från 5 till 20. Delskalepoängen kan transformeras i T-poäng.

#### *Swedish universities Scales of Personality – SSP*

Gustavsson et al reviderade 1999 grundligt KSP-formuläret genom att både minska antalet items till 91 och antalet variabler till 13 så att varje variabel mäts med sju items. SSP mäter följande variabler: Somatic Trait Anxiety (STA), Psychic Trait Anxiety (PsTA), Stress Susceptibility (SS), Lack of Assertiveness (LA), Impulsiveness (I), Adventure Seeking (AS), Detachment (D), Social Desirability (SD), Embitterment (E), Trait Irritability (TI), Mistrust (M), Verbal Trait Aggression (VTA) och Physical Trait Aggression (PhTA). Skalornas interkorrelationer varierar från  $-.26$  till  $.69$ . Linjära T-poäng kan beräknas enligt svenska normer som beräknades på ett sampel av 360 manliga och 381 kvinnliga försökspersoner.

Cronbach's Alpha varierar för skalorna mellan  $.059$  och  $0.84$ .

#### *Locus of Control – LOC*

Inom inlärningsteorin präglade J.B. Rotter begreppet "perceived Locus of Control over Reinforcement". Om individen upplever förstärkning som resultat av hans eget agerande talar man om "intern Locus" och om han tillskriver den ödet, turen, slumpen, mäktiga andra och så vidare talar man om "extern Locus of Control". Rotter utvecklade

ursprungligen en 23-itemsskala (Internal-external scale) för att mäta generell kontrollupplevelse (Rotter 1966). Faktoranalys resulterade i en enda stor faktor och skalan ansågs mäta intern respektive extern kontroll. Denna skala dikotomiserades till 46 items till en sjugradig skala av Likert-typ. Scoring sker i extern riktning; ju högre poäng desto mer extern locus.

#### *Marke-Nyman Temperamentsskala – MNT*

Av S. Marke och E. Nyman (1961) utvecklad enkätskala för mätning av tre temperamentsdrag enligt Sjöbring's personlighetsteori: Validitet, Stabilitet och Soliditet. Formuläret omfattar 60 frågor av ja-/nej-typ. Normering är standardpoäng på en femgradig skala med klassbredd 1 sd.

Den första dimensionen – Validitet – betecknar "energitillgång" i vid mening. Individer som är låga på variabeln (subvalida) kännetecknas av försiktighet, noggrannhet, flit och hög spänningsnivå medan individer som ligger högt (supervalida) beskrivs som expansiva, säkra, fria, duktiga och lugna. Individer som är subvalida återfinns bland neurotiskt strukturerade patienter.

Den andra dimensionen – Stabilitet – betecknar baningsfasthet. Individer som är låga (substabila) uppnår inte samma grad av vanemässighet i upplevande och beteende som de som är höga (superstabila). Vidare är substabila personer varma, driftiga, konkreta och motoriskt klumpiga. De superstabila beskrivs som kalla, bekväma, abstrakta och motoriskt skickliga.

Den tredje dimensionen – Soliditet – hos Sjöbring utgår från den hysteriskt och primitivt reagerande personligheten med snabbt uppväckt intressepotential, flyktighet och lika snabb tillvänjning och därpå följande avtagande intresse och engagemang (subsoliditet). Den subsolides personlighet karakteriseras som trång, rörlig, hastig, behaglig och subjektiv. Andra egenskaper är inkonsekvens, flyktighet och entusiasm. Den supersolide är stadig, mogen, opåverkbar, sansad och objektiv.

Split-half-reliabiliteten på MNT varierar från 0.60 till 0.67 (olika utbildningsnivåer), och från 0.69 till 0.75 (olika skolgrupper). Validerat mot en hälsoenkät (medicinskt frågeschema) visade de subvalida personerna mer nervösa och psykosomatiska symtom, medan subsolida visade mer hysteroidt beteende. Skalan har främst validerats på psykiatriska patienter. Internationellt i forskning där olika biologiska mått inkluderats.

## B.2. Symtom

### *Global Assessment of Functioning Scale – GAF*

GAF-skalan är ett mått i den så kallade femte axeln i DSM-systemet. Skattningen görs vanligen av en professionell bedömare, till exempel läkare eller psykolog, och skalan är en global skattning av personens psykologiska, sociala och yrkesmässiga funktionsnivå (APA 1992). Skalan anses ha en rimligt hög validitet som mätare av global funktionsnivå (Hilsenroth et al 2000).

Skalan finns också i en svensk självskattningsversion där validering mot psykiatriska diagnoser och personlighetsstörning gjorts (Bodlund et al 1998, Ottosson 1998; 1999). I den senare versionen görs dels en bedömning för senaste veckan, dels för senaste året. Det som används i vår validering av SCL-90 är GAF under det senaste året.

Reliabilitetsnivån för GAF-skalan är  $r=0.62$  (Ottosson 1998; 1999). Där patienter själva skattar sin funktionsnivå visar Bodlund et al (1998) att patienter skattar sin funktionsnivå 4,4 enheter lägre än professionella bedömare. Framför allt kvinnor med depressiva symtom tillhör de grupper som skattar sig lägre än den professionella bedömaren. GAF=70 anses som en skärningspunkt mellan hög och låg psykosocial funktionsnivå.

### *Symptom Checklist 90 – SCL-90*

SCL-90 är en modifiering av Hopkins Symptom Checklist (HSCL) gjord i början av 70-talet av L.R. Derogatis och avsedd att mäta hur mycket en individ anser sig ha varit besvärad av olika somatiska eller psykiska symptom under den senaste veckan (Derogatis 1977; Derogatis, Lipman, Rickels, et al 1974). SCL-90 har 90 items med en femgradig svarsskala som fördelar sig på nio primära skalor: Somatisering, Obsessiv kompulsivitet, Interpersonell sensitivitet, Depression, Ångest, Fientlighet, Fobisk ångest, Paranoidt tänkande och Psykoticism. Förutom dessa nio skalor ger formuläret tre globala mått på generellt obehag: Globalt svårighetsindex (GSI), Positivt symptomstörningsindex (PSDI) och totala antalet symptom (PST). Den senaste versionen, SCL-90-R, har bytt ut två items. Men detta ger inga skillnader i precision mellan de två versionerna, i kontrast till vad Derogatis (1994) påstår. Könsskillnader mellan män och kvinnor finns i alla standardiseringsmaterial (Carpenter, & Hittner, 1995). Skalan har standardiserats och validerats såväl för norska (Vassend et al 1992) som för finska förhållanden (Harpur, Holi, Sammallahti, och Aalberg, 1998).

En svensk version av SCL-90 har nyligen standardiserats och validerats (Fridell, Cesarrec, Johansson och Malling Thorsen 2002). Svensk normering av SCL-90 har gjorts på ett normalmaterial om 1 016 vuxna personer och 3 002 ungdomar, samt ett patientmaterial om 1 782 individer. Reliabiliteten räknat med Cronbach's Alpha är hög för alla skalorna i båda materialen. Samtidigt är homogeniteten för alla 90 items i SCL-90 så hög att alla items tycks bilda en enda skala. Som standardpoäng redovisas nya köns- och ålderskorrigerade T-poäng.

### Hälsoformuläret – SF-36

SF-36 är ett frågeformulär med 36 frågor, som utgår från studier i tio länder från projektet International Quality of Life Assessment (IQOLA). Den svenska manualen och tolkningsguiden har utarbetats av Sullivan et al (1994, 1995 och 1998). Testet mäter fyra variabler inom fysisk hälsa: Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, General Health. Fysisk hälsa består av skalorna Vitality, Social Functioning, Role Emotional samt Mental Health, och sammanfattas i dimensionen Mental hälsa. Reliabiliteten för de åtta skalorna och sammanfattningsskalorna är god, kring  $r=.70 - 80$ .

Reliabiliteten (Cronbach's Alpha) är högre än  $r = .70$  totalt och varierar för de enskilda skalorna mellan  $r = .79$  och  $r = .91$  i den svenska standardiseringen. Standardiseringen har gjorts på kön och fyra åldersgrupper. Testet har validerats mot andra skalor på kliniska grupper.

<b>Fysisk hälsa</b>	Physical functioning	(PF – 10 items)
	Role Physical	(RP – 4 items)
	Bodily Pain	(BP 2 items)
	General Health	(GH – 5 items)
<b>Psykisk hälsa</b>	Vitality	(VT – 4 items)
	Social Functioning	(SF – 2 items)
	Role Emotional	(RE – 3 items)
	Mental Health	(MH – 5 items)
<b>Två sammanfattningsskalor finns:</b>	(a) Fysiska problem	
	(b) Mentala problem	

### B.3. Socialt Nätverk, Social Integration och Social anpassning, Upplevelse av sammanhang

#### *Individual Schedule of Social Interaction (ISSI-skalan)*

ISSI är en översättning av en australiensisk skala efter Henderson et al (1980) till svenska av Orth-Gomér och Undén (Orth-Gomér & Johnsson 1987, Undén & Orth-Gomér 1984, 1989; Undén, Undén 1991). Den har senare använts i stora rikstäckande undersökningar av bland annat arbete och hälsa (Undén 1991, Samuelsson 1995). En validering har bland annat gjorts mot Emotion Profile Index (Plutchnik & Kellerman 1974). ISSI-skalan är ett självskattningsformulär om 30 frågor med a, b och c som svarsalternativ. Det sammanfattas i fyra dimensioner: AVSI – tillgänglighet på social integration (6 items); AVAT – tillgänglighet på djupa känslomässiga relationer (6 items); ADSI – upplevd tillfredsställelse med social integration (8 items) samt ADAT – upplevd tillfredsställelse med tillgänglighet av djupa känslomässiga relationer (10 items).

Totalpoängen används som ett "globalt index" på social integration. Individer med en totalpoäng under 20 sägs ha ett dåligt socialt nätverk, och de över, ett normalt till bra nätverk.

Cronbach's Alpha varierar mellan .63 och .76 och retest med ett intervall om 12 månader varierar mellan .66 och .85.

#### TABELL B.1

Reliabilitetskoefficienter för ISSI-skalans fyra variabler.

		Stabilitet 12 mån	Konsistens	Split-half
I	AVAT	.85	.74	.80
II	AVSI	.85	.63	.84
III	ADAT	.69	.66	.59
IV	ADSI	.66	.76	.77

#### *Social Adjustment Scale – Self Report – SAS-SR*

SAS-SR är utvecklad av M.M. Weissman och ger ett mått på anpassningen inom följande nio rollområden: Arbete utanför hemmet, Hemarbete, Studier, Fritid, Familj, Äktenskap, Barn, Tidigare familj och Ekonomi samt en totalpoäng som mått på allmänanpassning. Formuläret består av 54 items med en femgradig svarsskala.

Amerikanska normeringsgrupp finns redovisade i originalmanualen, men någon svensk normering/standardisering föreligger inte.

#### *The Sense of Coherence Questionnaire (KASAM)*

En skala som använts under senare år tillsammans med andra mått på social anpassning har varit den av Antonovsky (1991) utvecklade skalan, som i svensk översättning



har getts namnet "Känsla av sammanhang" – KASAM (Antonovsky 1991, 1993). Formuläret består av 29 separata items med en sjugradig skala från *aldrig* (1) till *alltid* (7). Dels redovisas *totalpoäng*, dels totalpoängen uppdelad på tre dimensioner (a) begriplighet, (b) hanterbarhet och (c) meningsfullhet. En totalpoäng mellan 120 och 150 brukar betraktas som normal. Låga poäng på KASAM har visats ha starka samband med dålig fysisk och psykisk hälsa (Konarski 1992).

Aktuellt är en normering/standardisering av KASAM (Hansson & Olsson 2001). Ett litteraturstudium av ett trettiotal undersökningar visar att KASAM-29 har en reliabilitet mellan  $r = .79$  och  $r = .95$ . För en tvillingundersökning med 652 män och 652 kvinnor redovisas Cronbach's Alpha  $= .84$ . Test-retest över sex månader är  $rtt = .80$  för KASAM-29. En jämförelse av ett antal normalmaterial visar att yngre åldersgrupper har lägre KASAM än äldre.

#### **B.4. INSTRUMENT FÖR SPECIFIKA PROBLEM**

##### *The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*

AUDIT är ett av WHO utvecklat screeninginstrument för identifiering av alkoholproblem, översatt och omarbetat till svenska av H. Bergman (Bergman & Källmén 1994). Formuläret omfattar items och ger poäng för Riskfylld alkoholkonsumtion, Beroende symptom, Skadlig konsumtion samt en totalpoäng. För totalpoäng kan kön- och ålderskontrollerade linjära

T-poäng enligt svenska normer beräknas (Bergman & Källmén 2000).

##### *Alkoholvaneinventariet – AVI-R-2*

AVI är en svensk version av Alcohol Use Inventory (J. Horn et al) översatt och bearbetad av Bergman, och Källmén, (1996). Formuläret finns även i en reviderad upplaga. Den här versionen består av 83 items som ger 18 primära skalor och fem sammanfattande skalor. Primära skalor uttrycks i kvartilnormer och sammanfattande skalor i decentilpoäng.

Datorrättningsprogrammet frågar efter svar på 83 frågor med varierande svarsalternativ. De första 79 frågorna kan rättas i efterhand på vanligt sätt. Fel i alkoholkonsumtionsdelen rättas separat liksom de tre sista frågorna. För fp (försökspersoner) utan partner med frågorna 71–79 obesvarade anges som svar på fråga 71 poäng 4 som för obesvarat item. Programmet går då automatiskt till rättning och sedan till fråga 80. Programmet ger resultatet för de 18 primära och 5 sekundära skalorna i råpoäng, primära skalor i kvartiler och de sekundära i decentiler. Dessa resultat kan sparas i filen AVIID.DAT som omvandlas till en SPSS.fil med syntaxfilen AVIID.SPS.

### *Eating Disorder Inventory – 2 – EDI-2*

EDI presenterades första gången 1983 och publicerades 1984 (Garner, Olmsted 1984). En revision från slutet av 1980-talet var EDI-2, som kom 1991. Frågeformuläret har 64 påståenden i en sexgradig skala från "Alltid" till "Aldrig". Utöver de 64 frågorna innehåller EDI tre preliminära delskalor bestående av ytterligare 27 frågor. Delskalorna är åtta: Viktfobi (V), Bulimi (B), Missnöje med kroppen (MK), Låg självkänsla (LS), Perfektionism (P), Interpersonell misstro (IoM), störd Interoceptiv medvetenhet (IM) och Rädsla för vuxenlivet (RV). De tre preliminära skalorna är: Asketism (A), Störd impulsreglering (IR), och Social osäkerhet (SO).

Medelvärden och spridningar återges i den svenska manualen av Norring (1994) för fyra kliniska grupper: patienter med ätstörningsproblem (n=158), "Kontroller" (n=139), samt före detta patienter (n=84) och viktväktare (n=44).

Dessutom anges för de åtta delvariablerna gränsvärde, sensitivitet och specificitet samt positivt prognostiskt värde (PPV). För övriga jämförelser hänvisas till den amerikanska manualen.

### *Begåvningsstestet – SRB I-III*

SRB I – III omfattar tre deltest ur I. Dureman och H. Sälde's testbatteri. De är avsedda att mäta den allmänna intelligensnivån i tre dimensioner: Synonymer, Figurklassifikation och Blockprovet. De innehållsliga aspekterna är "verbal förståelse", "reasoning" och "rumslig varseblivnings- och föreställningsförmåga" (Dureman & Sälde 1968). Efter korrektion för felsvar avrundas SRB-2 poängen uppåt om första decimalen är 5 eller högre. Deltestresultat kan uttryckas i staninepoäng och alla tre i IQ. IQ-överföring görs för åldersgruppen 15–44 respektive 45–64 år. Den använda standardiseringsgruppen är "mellansvenskt genomsnitt".

### *Kolb's Learning Style Inventory – Version (LSI-2)*

Följande presentation utgår från manualen för LSI-2, författad av Marke och Cesarec (2007). Kolb konstruerade Learning Style Inventory (LSI) som en operationalisering av sin experientiella inlärningsteori och frågeformuläret presenterades kommersiellt 1976 (Kolb 1976). En ny, skaltekniskt förbättrad version (LSI-2), av frågeformuläret utkom 1984 (Kolb 1985; Smith & Kolb 1986).

Teorin och instrumentet har tilldragit sig stort intresse framför allt när det gäller högskole- och vuxenutbildning inom så skilda områden som till exempel management, data och kommunikation, pedagogik, medicin, psykologi och juridik. Många studier har relaterat lärstilen till olika former av ledarskap, beslutsfattande och problemlösning. Det har också påvisats klara samband mellan valet av utbildning/yrke och lärstil. Instrumentet finns översatt till ett flertal språk och har även ingått i korskulturella studier. Bibliografin över den experientiella inlärningsteorin och Learning Style Inventory omfattar över 1 000 arbeten (Kolb, Boyatzis & Mainemelis 2001).

En svensk version av LSI-2 har utarbetats av Sven Marke och använts i forsknings- och utbildningssammanhang sedan 1995. Det svenska formuläret består av 13 rader med påbörjade meningar som kan avslutas på fyra olika sätt. Respondenten ombeds att rangordna dessa utifrån hur pass bra de stämmer med hennes/hans tillvägagångssätt vid inläring. Vart och ett av de fyra alternativen motsvarar ett av de fyra lärsätten. Dessa kan beskrivas med orden *emotiv, intuitiv* versus *rationell, logisk* respektive *reflektiv, ifrågasättande* versus *pragmatisk, handlande*.

Den skalanalytiska bearbetningen av den svenska versionen utmynnar i två ortogonala variabler med de tidigare nämnda lärsätten som poler. Variablerna benämns Emotiv-Rationell (EMORAT) och Reflektiv-Pragmatisk (REFPRA). Utifrån individens läge på dessa två variabler sker sedan med hjälp av gruppmedianer en indelning i fyra lärstilar. Nedan ges en kortfattad beskrivning av lärstilarna:

**Ackommoderande stil (ACK)** är en kombination av det erfarenhetsbaserade, emotiva, intuitiva lärsättet och det pragmatiska, handlande, prövande. Personer med denna stil kännetecknas av förmåga att – helst i samarbete med andra – realisera planer, försök och experiment och blir därigenom involverade i och skapare av nya erfarenheter. De tenderar att lösa problem på ett intuitivt, "trial-and-error"-sätt, vilket ofta medför risktagande. Har lätt för kontakt med människor och vill gärna påverka och låta sig påverkas av andra. Litar mer på information från egna och andras erfarenheter än på analys och teori. Är i grupper ofta pådrivande, tar ansvar för att något görs och uträttas. Kommer till sin rätt i situationer som kräver snabb anpassning till och handling i nya och oväntade situationer. Återfinns ofta i yrken som fordrar snabba beslut och ingripanden.

**Assimilerande stil (ASS)** kombinerar ett reflektivt, funderande, observerande lärsätt med ett rationellt, logiskt tänkande. Kännetecknande är förmågan till induktivt tänkande, det vill säga att utifrån skilda observationer abstrahera fram en integrerad förklaringsmodell. Deras intresse fokuseras på att klargöra begrepp, definiera problem, jämföra alternativ, upprätta kriterier, formulera hypoteser och utveckla teorier. I grupparbeten tar eller får de ofta rollen av "stödare", det vill säga klargörare och sammanfattare. Teorins logiska elegans är dock viktigare än dess praktiska användbarhet. Stilen är representerad i yrken med inriktning på forskning, planering och utredning utan krav på tillämpning och omedelbar handling, till exempel grundforskning inom matematik och naturvetenskap.

**Konvergent stil (KON)** är sammansatt av det pragmatiska, handlande, prövande lärsättet och det rationellt logiska. Personer med denna stil kan genom hypotetiskt/deduktivt resonering fokusera kunskapen på specifika problem och deras styrka ligger i praktisk tillämpning av idéer och teorier. De fungerar bäst i situationer där det endast finns *ett* riktigt svar eller *en* riktig lösning på frågan/problemet. Konventionella inteligenstest och traditionell skolutbildning anses speciellt gynna dessa personer. De är

förhållandevis emotionella och är mer sak- än personintresserade. I grupper tar de ofta på sig rollen att planera förfaringssättet och det praktiska genomförandet av gruppens intentioner. Stilen återfinns i stor utsträckning i yrken som innebär tillämpning av teorier och regelsystem, som till exempel tekniker, läkare och jurister.

**Divergent stil (DIV)** förenar ett erfarenhetsbaserat, emotivt, intuitivt lärsätt med ett reflektivt, funderande och observerande. Utmärkande för stilen är stor förmåga att se konkreta fenomen och problem från många olika perspektiv, vilket medför fantasifullhet och kreativitet. Personer med divergent stil kommer bäst till sin rätt i situationer som kräver att nya idéer genereras och föredrar frågeställningar där olika lösningar är möjliga. De är emotionella, personintresserade och empatiska. I grupper är de speciellt aktiva när det gäller att föreslå nya, okonventionella möjligheter och lösningar, till exempel vid brainstorming. Stilen är vanlig bland humanister, konstnärliga yrken, terapeuter, personal- och organisationsutvecklare.

Analysen av det svenska formuläret grundar sig på ett material omfattande 2 167 individer, varav 1 415 kvinnor med en medelålder på 33 år och 1 107 män, i genomsnitt 37 år gamla. Åldersfördelningen i hela materialet är från 16 till 63 år. Huvuddelen utgörs av socionomstuderande (n=1 079) och läkare (n=870), samt 47 personer från kriminalvården. Formuläret har besvarats i samband med ordinarie utbildning (studerande vid socialhögskola) och deltagare i fristående kurser (i första hand handledarutbildning för läkare) under åren 1995–2002. Resultaten har efter bearbetning återförts till deltagarna och utgjort en integrerad del av utbildningen. Detta förfaringssätt har inneburit att bortfall inte förekommit.

Reliabiliteten uttryckt i Cronbach's Alpha uppgår till .86 respektive .85, vilket är helt tillfredsställande för instrument av denna typ. Retest har utförts på ett litet material (n=46) med fyra veckors intervall och koefficienterna är .80 respektive .76. Stabiliteten förefaller också acceptabel. Standardisering till könskorrigerade linjära T-poäng med medelvärde 50 och spridning 10.

#### *Sociobehov – psykobehov (SP-formuläret)*

SP-formuläret utgår från Moxnes observationer av begreppsparen socio- och psykobehov. Det består av 18 påståenden som bedöms enligt en fyrgradig skala så att höga poäng indikerar sociobehov (Marke S och Marke 2003).

Analysen av instrumentet har utförts på ett material omfattande 929 personer, huvudsakligen socionomstuderande och läkare samt en blandad personalgrupp från kriminalvården. En faktoranalys resulterade i två faktorer. Utöver en huvudskala som bygger på alla 18 items bildades utifrån faktoranalysen två delskalor:

**Sociobehov,** en kombination av nedanstående strukturbehov, distansbehov och driftsångest

**Strukturbehov,** krav på väl strukturerad arbetsplats, fasta regler och rutiner, klara gränser mellan olika kategorier och nivåer, hög förutsägbarhet i arbetsmiljön

**Distansbehov,** behov av att relationerna på arbetsplatsen hålls på en formell, opersonlig och saklig nivå, behov av personlig integritet och känslomässig distans

Cronbach's Alpha-reliabilitet för skalorna ligger mellan .60 och .74. Interkorrelationerna mellan delskalorna ligger mellan .19 och .28. (Marke och Marke 2003)

# APPENDIX C

## Standardisering i Rikssampel från GfK Sverige

Den förnyade standardiseringen, som gjordes på ett representativt sampel ur normalbefolkningen (n=1 000) i en så kallad omnibusundersökning med deltagare från hela landet, genomfördes på uppdrag av SiS av GfK Sverige som en del av deras regelbundet återkommande befolkningsrepresentativa undersökningar. Av det ursprungliga samplet besvarade 75 procent testet tillsammans med en annan skala som också redovisas i samband med valideringen (LSI-II).

Omnibusundersökningen är en personlig omnibusundersökning med personliga intervjuer i respondentens hem. Samplet ingår i GfK:s så kallade Master Sample, där man genom faktoranalys reducerat bakgrundsvariablerna i befolkningen från 110 variabler som beskriver hushållsvariabler till fyra faktorer: inkomst, hushållsstorlek, politisk tillhörighet och sysselsättning. De fyra faktorerna täcker 80 procent av variansen i de ursprungliga 110 variablerna.

I ett nästa steg har GfK valt sju regioner där tre av dessa representerar de tre största tätorterna och de återstående fyra utgör representativa regioner kombinerade efter befolkningstäthet: Götaland (landsbygd), Svealand (landsbygd), Norrland (landsbygd) respektive Annan tätort.

En klusteranalys har sedan gjorts för var och en av de sju regionerna. Denna klusteranalys resulterade i 20 kluster. Ett urval av kommuner har sedan dragits med hjälp av de slutliga klustren som första-nivå-strata. Fördelningen av antalet kommuner per stratum beror på stratumstorleken och nivån på den totala faktorheterogeniteten. Det är 56 kommuner som har valts.

Ur dessa 56 kommuner har 200 urvalspunkter dragits. Ett slumpmässigt urval av hushåll görs inom de 200 urvalspunkterna. Varje intervjuperson väljs ut med hjälp av den så kallade "födelsedagsmetoden". Tre kontaktförsök görs vid muntlig intervju. Intervjuarna får i detta skede fasta adresser till hushållen som de uppsöker. Materialet har insamlats i två omgångar med 500 intervjuer per omgång: vecka 4 och vecka 7, 2004. Respondenterna har då fått ett kuvert med instruktion och två testformulär samt uppgifter om vart man kan vända sig vid oklarheter. I undersökningen har de deltagare som inte insänt svar i tid fått en personlig telefonpåminnelse.

De bakgrundsvariabler på vilka bortfallsanalysen baserats är: kön, ålder, hushållsstorlek, ortsstorlek, hushållets årsinkomst, utbildning (IP och huvudinkomsttagare), arbetssituation (IP och huvudinkomsttagaren), arbetssituation: heltid, deltid, arbetslös, civilstånd, IP:s ställning i hushållet (hemmafru/-man, huvudinkomsttagare), antal barn under 16 år i hushållet, boendeform (hyrd/ ägd bostad), och tillgång till internet.

Totalt besvarade 814 personer BCT-formuläret. Av dessa formulär var 1 procent defekta genom missuppfattning eller ofullständigt ifyllda uppgifter.

#### APPENDIXTABELL C.1

Jämförelse av data för respondenter (n=806) och nonrespondenter (n=193) i det representativa riks-urvalet (n=1007). Där Chi-2 används redovisas typvärden i enstaka kategori.

	Respondenter		Bortfallsgrupp		t-värde	p
	m	s	m	s		
Ålder	49,19	16,11	42,24	17,768	t=4,916	.000
Antal personer i hushållet	2,34	1,45	2,74	5,37	t=1,016	n.s.
Antal barn i hushållet	0,51	1,17	0,59	0,94	t=,805	n.s.
Antal arbetstimmar per vecka	37,8	9,50	38,33	9,68	t=0,49	n.s.
Antal anställda/underställda	1,37	0,70	1,50	0,76	t=0,50	n.s.
Antal anställda (eget företag)	1,47	0,76	1,50	0,763	t=0,91	n.s.
Ortssstorlek	2 000 tkr – 20 tkr	20 tkr – 100 tkr	t=1,71	n.s.		
Hushållets sammanlagda inkomst före skatt	400 tkr – 500 tkr	300 tkr – 400 tkr	t=1,83	n.s.		
Finns någon ansvarig för inköp av dagligvaror	JA (81,4 %)	JA (18,6 %)	Chi2=0,28	n.s.		
Civilstånd: gift/sambo	JA – 64 %	JA – 51 %	Chi2=26,4	.000		
Aktuell i arbete	JA – 55 %	JA – 54 %	Chi2=23,3	.000		
Aktuell sysselsättning	JA – 90 %	JA – 100 %	Chi2=1,06	n.s.		
Chefsposition	JA – 27 %	JA – 25 %	Chi2=4,03	n.s.		
Utbildning:						
grundskola eller gymnasium	JA – 62 %	JA – 67 %	Chi2=2,6	n.s.		
Aktuellt förvärvsarbete	JA – 64 %	JA – 71 %	Chi2=12,9	.024		
Boende – Hyresrätt	JA – 34 %	JA – 46 %	Chi2=9,80	.n.s.		

Frågorna i GfK:s undersökning upprepas i lite olika form och dubbla varianter har till viss del uteslutits. Beräkningarna har utförts på de fullständiga tabellerna men redovisas i typvärden i tabellen ovan. Totalt har GfK 26 bakgrundsvariabler och här redovisas huvudsakligen frågan i en av varianterna (totalt 16 separata jämförelser), men slutsatserna är desamma också för de parallella frågorna.









# Författarpresentation

**Mats Fridell** har en lång erfarenhet av arbete inom missbruksvård och en lång kontakt med SiS och tvångsvård. Han är professor i klinisk psykologi i Lund och Växjö, leg. psykolog och leg. psykoterapeut samt specialist i klinisk psykologi och organisationspsykologi.

Som ett led i utvärderingen av olika metoder standardiserade och validerade Mats Fridell och hans medarbetare symtomskalan SCL-90, och nu personlighetstestet BCT. Tanken har varit att tillhandahålla så kallade "fria" instrument för vården som är lätta att använda även i en tvångsvårdssituation.

**Zvonimir Cesarec**, som avled 2007, var psykolog och forskningschef vid Sankt Lars sjukhus i Lund. Han började utvecklingsarbetet med BCT redan på 1980-talet och har en rad publikationer bakom sig om bland annat test- och testutveckling och klinisk tillämpning.

Basic Character Trait Test (BCT) är ett strukturerat bedömningsinstrument som mäter grundläggande karaktärsdrag och personlighet enligt klassisk psykoanalytisk teori. BCT är ett komplement till andra större personlighetstest och kan användas såväl kliniskt som i forskningssammanhang.

Testet har hittills använts mest bland missbrukare och patientgrupper med stora inslag av personlighetsstörningar, men är användbart i de flesta psykiatriska grupper och grupper med psykosomatiska sjukdomar.

BCT kan administreras av institutionspersonal och andra medarbetargrupper som fått instruktioner och vägledning, men tolkning och återkoppling till patient eller klient bör göras av psykolog. Med föreliggande manual utvecklas stödet avsevärt till dem som använder testet kliniskt eller i forskningssammanhang.

ISBN 978-91-972745-9-3