

Subjektiva abnormsymtom hos olika typologiska varianter enligt Sjöbring¹⁾

Av fil. lic. *Sven Marke*, Lund

Inledning

I en tidigare rapport (Nyman & Marke, 1960) har de sjöbringska temperamentsdragen validitet, stabilitet och soliditet satts i relation till subjektiva somatiska och mentala besvär. Såväl temperamentsdragen som abnormsymtomen mättes och definierades operationellt med hjälp av ett psykologiskt respektive medicinskt frågeschema. *Validitetsdimensionen* uppvisade ett flertal signifikanta samband med somatiska (psykosomatiska) respektive mentala abnormsymtom. De subvalida rapporterade fler besvär inom områdena "digestion", "cirkulation" (signifikant endast för kvinnor), "gynekologi", "depression", "explosivitet", "spänning" och "paranoia". Dimensionen *stabilitet* varierade oberoende av abnormsymtomen. Ett undantag utgjorde de superstabila männen som rapporterade fler paranoida drag. *Soliditeten* slutligen, visade samband med gynekologiska besvär och "explosivitet" samt för männens del, med "eufomani"; för var och en av de tre symptomkategorierna ökade antalet symptom med avtagande soliditet.

I den sjöbringska psykologin har ofta betonats vikten av att ta hänsyn till samspelet mellan de av varandra oberoende dimensionerna vid bedömning och tolkning av den enskilda individen. "Det är beskaffenheten i *samtliga* avseenden som avgör i vad mån en person kan finna sig tillrätta och anpassa sig under de givna förhållandena". (Sjöbring, 1958, sid. 180. Se även diskussionen i Törngren, 1957 och Nyman & Marke, 1962, sid. 19.) Från annan, typologiskt orienterad litteratur över sambandet

morbiditet—psykisk beskaffenhet tycks även framgå, att en del i Sjöbrings mening komplexa varianter intar en särställning, t. ex. Eysencks dystymiker (Franzén & Nyman, 1963) och Kretschmers schizothyma. Det kan här nämnas att analyser utifrån kombinationer av sjöbringvariabler tidigare visat sig fruktbärande, t. ex. Lindbergs (1950) studier över perceptionella "helhets"-preferenser ("synthetic attitude") och Anderssons (1962) experiment med spiral-efфекten.

Syftet med föreliggande analys är att utvidga den ovan relaterade undersökningen och belysa sambandet mellan olika *kombinationer av lägen* inom de tre sjöbringska variablerna (validitet, stabilitet, soliditet) och subjektiva abnormsymtom.

Undersökningsinstrument

Till grund för undersökningen ligger material insamlat med hjälp av två enkätschemata. Det *psykologiska frågeformuläret* (MNT-skalan) bygger på Sjöbrings personlighetsmodell och omfattar 60 frågor med svarsalternativen Ja—Nej, fördelade med 20 frågor på var och en av variablerna validitet (V), stabilitet (St) och soliditet (So). Utförlig presentation av schemat har givits i tidigare arbeten (Nyman & Marke, 1962; Marke & Nyman, 1962). Här behöver blott nämnas att de tre skalorna är ortogonala, har god homogenitet och en reliabilitet som är fullt tillfredsställande för karaktärisering av grupper.

Medicinskt Frågeschema (MFS) innehåller 191 frågor med svarsalternativen Ja—Nej fördelade på 20 grupper (A—T) uppställda utifrån

¹⁾ Från Psykiatriska kliniken II, Lunds Universitet. Chef: Prof. G. Eberhard Nyman.

kliniska aspekter och berörande skilda somatiska och mentala anamnesuppgifter och besvär (Nyman & Marke, 1958; Marke & Nyman, 1961). I föreliggande analys utnyttjades endast vissa frågegrupper i första hand de fyra organsyndromgrupperna (Respiration, Cirkulation, Digestion, Gynekologi) som ingick i den tidigare analysen och som ofta anses ha en psykosomatisk prägel. Den tidigare uppdelningen i mentala symtomgrupper (Depression, Explosivitet, Spänning, Paranoia) har här frångåtts eftersom sambandsberäkningar visade att en signifikant positiv samvariation förelåg mellan i det närmaste samtliga mentala symtomgrupper, vilket i sin tur gav upphov till konstruktionen av en allmän neurosskala, omfattande 32 frågor från områdena Ängslan, Depression, Osäkerhet, Sensitivitet, Spänning och Paranoia (Marke & Nyman, 1961). Denna skala, som med tillfredsställande homogenitet och reliabilitet kan sägas mäta en "allmänneurotisk" tendens (Neuroticism), ersätter här de i tidigare undersökningen använda specifika mentala symtomgrupperna. Vidare har symtomgruppen Trötthet medtagits, närmast som ett mått på en allmän sjukdomskänsla. Trötthetsreaktioner kan ses som ett ospecifikt bisymtom vid de flesta somatiska och mentala åkommor. De till grund för analysen liggande symtomgrupper och frågor är:

1. *Respiration*. Behöver ni ofta harkla er? Känns det ofta som en klump i halsen? Har ni ofta luftrörskatarr? Har ni astma? Går ni omkring med ständig hosta?
2. *Cirkulation*. Har någon läkare sagt att ert blodtryck var för högt? Har ni smärtor i bröstet eller kring hjärtat? Kan ni få ont i hjärttrakten även när ni inte anstränger er? Besvärar ni ofta av hjärklappning? Brukar hjärtat ofta skena iväg? Händer det att ni får ont i hjärttrakten när ni är upprörd eller bekymrad? När ni har ont i hjärttrakten går det då också ut i vänster axel och arm?
3. *Digestion*. Brukar ni äta kakor, sötsaker och dylikt mellan måltiderna? Är er mage ofta i olag? Brukar ni känna er stinn och övermätt efter måltiderna? Brukar ni besvärar av rapningar efter måltiderna? Får ni ofta så svåra magsmärter att ni måste krypa ihop? Har ni haft magsår? Har ni ofta diarré?
4. *Gynekologi*. Brukar ni ha smärtor vid regleringarna? Blir ni ofta svag eller illamående under regleringarna? Blir ni spänd och irriterad vid regleringen? Brukar regleringen komma oregelbundet? Har ni lidit av flytningar från underlivet?

5. *Trötthet*. Får ni ofta en känsla av fullständig utmattning? Blir ni fullständigt uttröttad av arbete? Har ni märkt att ni blir lättare trött numera? Är ni ofta trött och matt när ni stiger upp på morgonen? Blir ni trött av minsta ansträngning? Brukar ni känna er alltför trött för att ens äta era måltider? Lider ni av nervös trötthet?
6. *Neuroticism* (Neurosskala, 32 item). Omfattar 32 frågor från områdena Ängslan (11 st.), Depression (5 st.), Osäkerhet (5 st.), Sensitivitet (3 st.), Spänning (4 st.), Paranoia (4 st.). Frågorna finns redovisade i Marke & Nyman, 1961.

Det bör här betonas att organsymtomgrupperna *icke* är skalor som mäter homogena eller endimensionella variabler och inte heller kan hänföras till avgränsade sjukdomsbegrepp, dvs. inte motsvaras av kliniskt relevanta sjukdomar eller syndrom. Vidare ingår i organsymtomgrupperna frågor som från de psykosomatiska teoriernas synpunkt berör skilda mekanismer. Så t. ex. ingår i Respiration frågor indikerande asthma bronchiale och "globus hystericus". I Digestion finns symtom på såväl ulcus och colit och i Gynekologi premenstruell spänning, menstruationsrubbingar och vaginala åkommor. Även cirkulationsgruppen innehåller symtom på olika sjukdomar men i föreliggande material kan förekomsten av kardiovaskulära sjukdomar i stor utsträckning elimineras då det rör sig om unga och "friska" försökspersoner. Förekommande symtom kan därför övervägande uppfattas som funktionellt betingade. Till skillnad från de tre andra organsymtomgrupperna kan dessa funktionella cirkulationssymtom snarast ses som ett sammanhängande symtomkomplex med hypotetiskt entydigt uppkomstmekanism.

För att underlätta tolkningen av de kommande resultaten har sambanden mellan symtomgrupperna signifikansprövats med hjälp av χ^2 -metoden. Beräkningarna har utförts på 6- eller 9-fältstabeller beroende på de olika frågegruppernas svarsfördelningar. Av tabell 1 framgår att det för männens del inte finns något signifikant samband mellan de tre organsymtomgrupperna (Respiration, Cirkulation, Digestion) medan var och en av dessa uppvisar ett signifikant samband med såväl Trötthet som Neuroticism. För kvinnorna finns klara inbördes samband mellan Cirkulation, Digestion och Gynekologi

TABELL 1.

Samband mellan symptomgrupper för män respektive kvinnor. (Beräknade på material II.)

Samband	Män (n=181)			Kvinnor (n=181)		
	Fg	χ^2	P	Fg	χ^2	P
Respiration—Cirkulation	2	5.072	—	2	1.895	—
Respiration—Digestion	2	4.084	—	2	1.559	—
Respiration—Gynekologi				2	4.653	—
Cirkulation—Digestion	2	3.396	—	4	15.706	.01
Cirkulation—Gynekologi				2	23.310	.001
Digestion—Gynekologi				4	14.281	.01
Respiration—Trötthet	2	6.869	.05	2	4.051	—
Cirkulation—Trötthet	2	14.285	.001	2	11.206	.01
Digestion—Trötthet	4	29.366	.001	4	29.052	.001
Gynekologi—Trötthet				4	34.304	.001
Respiration—Neuroticism	2	13.194	.01	2	2.200	—
Cirkulation—Neuroticism	2	35.308	.001	2	10.567	.01
Digestion—Neuroticism	2	27.205	.001	2	11.733	.001
Gynekologi—Neuroticism				4	22.311	.001
Trötthet—Neuroticism	4	46.538	.001	4	42.638	.001

och dessa i sin tur samvarierar signifikant med både Trötthet och Neuroticism. Respiration uppvisar inget signifikant samband med någon av de övriga symptomgrupperna i kvinnomaterialet. För båda könen finns ett mycket starkt signifikant samband mellan Trötthet och Neuroticism.

De undersökta organsymtomens, med ett undantag när, klara samband med Neuroticism stöder antagandet om att bland dessa symptom förekommer sådana med psykosomatisk bakgrund. Avsaknaden av signifikanta samband mellan organsymtomgrupperna i mansmaterialet, trots att organsymtomen har ett gemensamt korrelat i såväl Trötthet som Neuroticism och trots att inflytande från en generell "Ja-sägar-tendens" (Couch & Keniston, 1960) eller en hypokondrisk attityd borde ge upphov till en artificiell korrelation mellan symptomgrupperna, tyder på att "organvalet" sker efter en antingen-eller-princip. Denna slutsats motsägs dock av de inbördes sambanden mellan Cirkulation—Digestion—Gynekologi i kvinnomaterialet. Huruvida det här rör sig om en "reell" könsskillnad i sambandsstrukturen låter sig inte avgöras, men förefaller knappast troligt. Gynekologisymtomens samband kan möjligen förklaras av att de menstruella besvären ibland av försökspersonen kan upplevas

och/eller tolkas som tillhörande digestions- respektive cirkulationsorganen.

Material

Analysen är utförd på samma material som det tidigare arbetet (Nyman & Marke, 1960). Detta material, som insamlades 1958 (material I) respektive 1959 (material II), omfattar sammanlagt 682 individer, varav 326 är män och 356 kvinnor. Samtliga är elever vid undervisningsanstalter: folkskoleseminarium, handelskola, tekniskt läroverk, sjuksköterskeskola och socialinstitut. Den dominerande delen av materialet ligger i åldersgruppen mellan 19 och 25 år. Förutom ur ålderssynpunkt kan materialet betraktas som relativt homogent även i fråga om intellektuell nivå och utbildning.

Enkätschemata ifylldes klassvis på ordinarie lektionstid under en försöksledares tillsyn. Något systematiskt bortfall kan inte ha ägt rum. Försökspersonerna garanterades anonymitet och konfidentiell behandling av uppgifterna.

En viss skillnad föreligger mellan material I och II i det att en preliminär version av temperamentsskalan användes i material I och den slutgiltiga versionen i material II. Skillnaderna mellan de två versionerna är dock inte av den

omfattningen att det kan spela någon större roll vid föreliggande analys (se närmare Nyman & Marke, 1960, sid. 126).

Analysmetodik

Var och en av de tre temperamentsvariablerna indelades i super- och subvarianter, varvid snittet lades så nära medianen som var möjligt utan att splittra heltalsklasser. Eftersom variablernas medelvärden varierade såväl mellan könsgrupper som mellan de två materialen gjordes dessa beräkningar separat för vardera könsgruppen inom vart och ett av materialen. Utifrån mediansnitten kunde sedan varje individ hänföras till någon av de åtta möjliga trippelkombinationerna (V+ St+ So+; V+ St+ So—; V+ St— So+ etc.). Dessa åtta grupper jämfördes sedan med avseende på svaren på frågorna inom de sex symtomgrupperna från Medicinskt Frågeschema. Härvid summerades antalet Ja-svar i varje symtomgrupp för varje försöksperson. Inom varje symtomgrupp indelades svarsfördelningen i två klasser; med undantag för grupperna Gynkologi och Neurotism fick snittet läggas så att noll Ja-svar utgör ena klassen och ett Ja-svar eller däröver andra klassen (se tabell 2). Vid signifikansprövningen har varje trippelkombination jämförts med var och en av de övriga; teoretiskt har alltså 28 signifikansprövningar utförts i var och en av de sex symtomgrupperna. Probabilitetsvärdena har utifrån fyrfältstabellerna beräknats med hjälp av grafisk metod på kvadratrotapper (s. k. arcus-sinustransformation. Se Deming, 1950, sid. 306 ff). För att ge mer överskådlighet har en del av resultaten presenterats grafiskt i figurerna 1—5. Till vänster i figurerna har de åtta trippelkombinationerna rangordnats efter antalet rapporterade besvär inom symtomgruppen; överst står den kombination som har minst besvär och nerst den med flest besvär. I %-kolumnen anges den andel av respektive kombination som tillhör klassen med minst rapporterade symtom. Signifikanserna har därefter utmärkts genom en linje mellan de kombinationer som signifikant skiljer sig från varandra, och probabilitetsvärdenas

storlek är angivna på linjerna. Vi kan illustrera principen med följande exempel:

			För skillnaden mellan	
			A och E är	P=
A	0			
B		0	A och D är	P=.01
C			B och E är	P=.01
D	.01	.05	B och D är	P=.05
E	.001	.01	C och E är	P=.05

Några andra signifikanta skillnader förekommer ej.

I figurerna har P-värden upp till en storlek av .20 markerats. I de fall där stor överensstämmelse råder mellan könen i fråga om sambandsstruktur presenteras resultaten för könsgrupperna sammanslagna.

I tabell 3 ges översiktligt kombinationernas rangordning utifrån antalet besvär inom de olika symtomgrupperna. Som ett grovt mått på överensstämmelsen dels mellan könen dels mellan symtomgrupperna har rangkorrelationskoefficienter (Spearman's rho) beräknats utifrån rangordningarna i tabell 3. Dessa korrelationer redovisas i tabell 4 respektive tabell 5.

Resultat

Av tabell 2 framgår att det inom fem av de sex undersökta symtomgrupperna föreligger signifikanta samband mellan temperamentskombinationer och antalet rapporterade besvär. Detta gäller för såväl separata som sammanslagna könsgrupper. Undantaget är symtomgruppen Respiration.

Frågan om eventuella könsdifferenser i sambanden symtomgrupp-temperamentskombination belyses bäst av temperamentskombinationernas rangordning inom symtomgrupperna och de därpå beräknade rangkorrelationerna (tabell 3 resp. 4). Störst överensstämmelse mellan könen finns i grupperna Cirkulation, Trötthet och Neurotism. För dessa ligger rangkorrelationskoefficienten mellan .93 och .95, vilket ger $P=.01-.001$. För Digestion är koefficienten .85 ($P=.02$), medan det för Respiration blott finns ett obetydligt och ej signifikant samband (.33). Den sistnämnda symtomgruppen är samtidigt

den som uppvisar minst samband mellan temperamentskombinationer och antal besvär. *Resultaten tyder alltså på att i den mån det finns något samband mellan temperamentskombinationer och symtom så är sambandsstrukturen likartad inom de två könen.* De smärre skillnader som finns mellan könen förefaller kunna förklaras dels utifrån slumpinflytelser dels utifrån antagandet att vissa frågor i vissa sym-

tomgrupper kan ha olika betydelse för könen och följaktligen inte mäter samma sak hos män och hos kvinnor (jfr Marke & Nyman, 1961).

Respiration. Denna symtomgrupp uppvisar inga statistiskt säkerställda samband mellan temperamentskombinationer och antal symtom och överensstämmelsen mellan könen med avseende på kombinationernas rangordning efter

TABELL 2.

Jämförelse mellan förekomsten av subjektiva abnormsymtom enl. "Medicinskt Frågeschema" och kombinationer av super- resp. subvarianter inom variablerna validitet (V), stabilitet (St) och soliditet (So) enl. "MNT-skalan", för män (M) och kvinnor (K). Signifikansprövning utförd med χ^2 -metoden på 16-fältstabeller (Fg=7).

Symtom-kategori	Kön	Antal Ja-svar	K o m b i n a t i o n e r								Summa
			V+	V+	V+	V+	V—	V—	V—	V—	
			St+ So+	St+ So—	St— So+	St— So—	St+ So+	St+ So—	St— So+	St— So—	
1. Respiration	M	0 1—	28 6	20 7	37 5	47 11	36 20	22 13	26 11	23 14	239 87
	K	0 1—	43 9	31 4	31 5	54 14	36 8	27 4	34 11	33 12	289 67
			$\chi^2=14.781$ P=.05 $\chi^2=6.086$ P=.50 M+K: $\chi^2=13.874$ P=.10—.05								
2. Cirkulation	M	0 1—	27 7	16 11	35 7	50 8	42 14	17 18	26 11	25 12	238 88
	K	0 1—	42 10	24 11	31 5	57 11	31 13	16 15	32 13	31 14	264 92
			$\chi^2=22.259$ P=.01—.001 $\chi^2=17.112$ P=.02—.01 M+K: $\chi^2=38.526$ P<.001								
3. Digestion	M	0 1—	17 17	14 13	26 16	24 34	26 30	11 24	10 27	10 27	138 188
	K	0 1—	29 23	15 20	16 20	25 43	17 27	5 26	15 30	12 33	134 222
			$\chi^2=17.680$ P=.02—.01 $\chi^2=17.197$ P=.02—.01 M+K: $\chi^2=30.239$ P<.001								
4. Gynekologi	K	0—1 2—	28 24	16 19	15 21	23 45	9 35	11 20	16 29	11 34	129 227
			$\chi^2=16.529$ P=.02								
5. Trötthet	M	0 1—	24 10	16 11	31 11	40 18	27 29	12 23	20 17	17 20	187 139
	K	0 1—	42 10	22 13	30 6	46 22	24 20	11 20	33 12	20 25	228 128
			$\chi^2=21.952$ P=.01—.001 $\chi^2=34.199$ P<.001 M+K: $\chi^2=53.948$ P<.001								
6. Neuroticism	M	0—1 2—	22 12	16 11	32 10	42 16	13 43	3 32	13 24	13 24	154 172
	K	0—3 4—	36 16	20 15	25 11	44 24	12 32	5 26	17 28	12 33	171 185
			$\chi^2=73.036$ P<.001 $\chi^2=54.910$ P<.001 M+K: $\chi^2=125.546$ P<.001								
Antal individer	M		34	27	42	58	56	35	37	37	326
	K		52	35	36	68	44	31	45	45	356

TABELL 3.

Översikt av temperamentskombinationernas rangordning enligt antal rapporterade symtom inom olika symtomgrupper för män (M) resp. kvinnor (K) samt för könen sammanslagna (Tot.).
(1=minst antal rapporterade symtom; 8=största antal rapporterade symtom.)

Temperaments- kombinationer			Symtomgrupper																	
			Respiration			Cirkulation			Digestion			Gynekologi	Trötthet			Neuroticism				
V	St	So	M	K	Tot.	M	K	Tot.	M	K	Tot.	K	M	K	Tot.	M	K	Tot.		
+	+	+	2	4	2	3	3	3	3	1	2	1		2	2	2	3	2	3	
+	+	—	4	1	3	7	7	7	2	3	3	2		4	5	5	4	4	4	
+	—	+	1	3	1	2	1	2	1	2	1	3		1	1	1	1	1	1	
+	—	—	3	6	4	1	2	1	5	5	5	6		3	4	3	2	3	2	
—	+	+	6	5	7	4	5	4	4	4	4	8		6	6	6	7	6	7	
—	+	—	7	2	5	8	8	8	6	8	8	5		8	8	8	8	8	8	
—	—	+	5	7	6	5	4	5	7,5	6	6	4		5	3	4	5,5	5	5	
—	—	—	8	8	8	6	6	6	7,5	7	7	7		7	7	7	5,5	7	6	

TABELL 4.

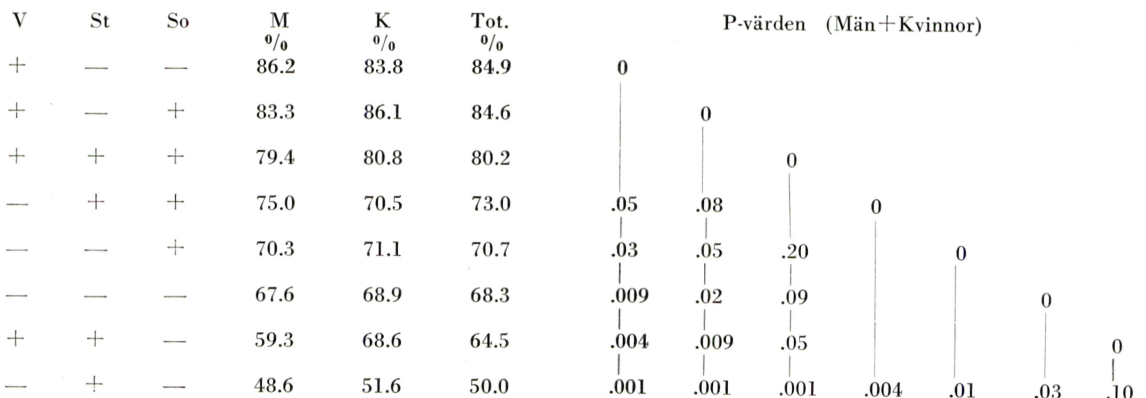
Rangkorrelationer (rho) mellan män och kvinnor inom olika symtomgrupper, beräknade utifrån rangordningarna i tabell 3.

Symtomgrupp	rho	P
Respiration	.33	—
Cirkulation	.95	.01—.001
Digestion	.85	.02—.01
Trötthet	.93	.01—.001
Neuroticism	.93	.01—.001

antal besvär är låg och icke-signifikant. De subvalida kombinationerna tenderar att rapportera fler besvär än de supervalida, men någon påtaglig differentiering inom de sub- respektive supervalida kombinationerna förekommer inte. *Slutsatsen får bli att något samband mellan de undersökta respirationsbesvärerna och temperamentskombinationerna inte etablerats.*

Cirkulation. Till följd av den stora överensstämmelsen mellan könen i fråga om temperamentskombinationernas rangordning utifrån antal symtom har signifikansprövningen av skillnaderna mellan kombinationerna redovisats för sammanslagna könsgrupper i figur 1. Den i särklass mest symtomrika kombinationen är V—St+ So— och denna skiljer sig klart signifikant från övriga kombinationer med undantag för V+ St+ So—, som är den näst "sämsta" kombinationen. Denna supervalida kombination, som alltså rapporterar fler symtom än tre av de subvalida kombinationerna, avviker i sin tur signifikant från de tre andra supervalida kombinationerna. *Oavsett läget i validitetsdimensionen synes alltså kombinationen superstabil+subsolid vara speciellt utsatt för subjektivt upplevda hjärtbesvär.*

Figur 1. Cirkulation.

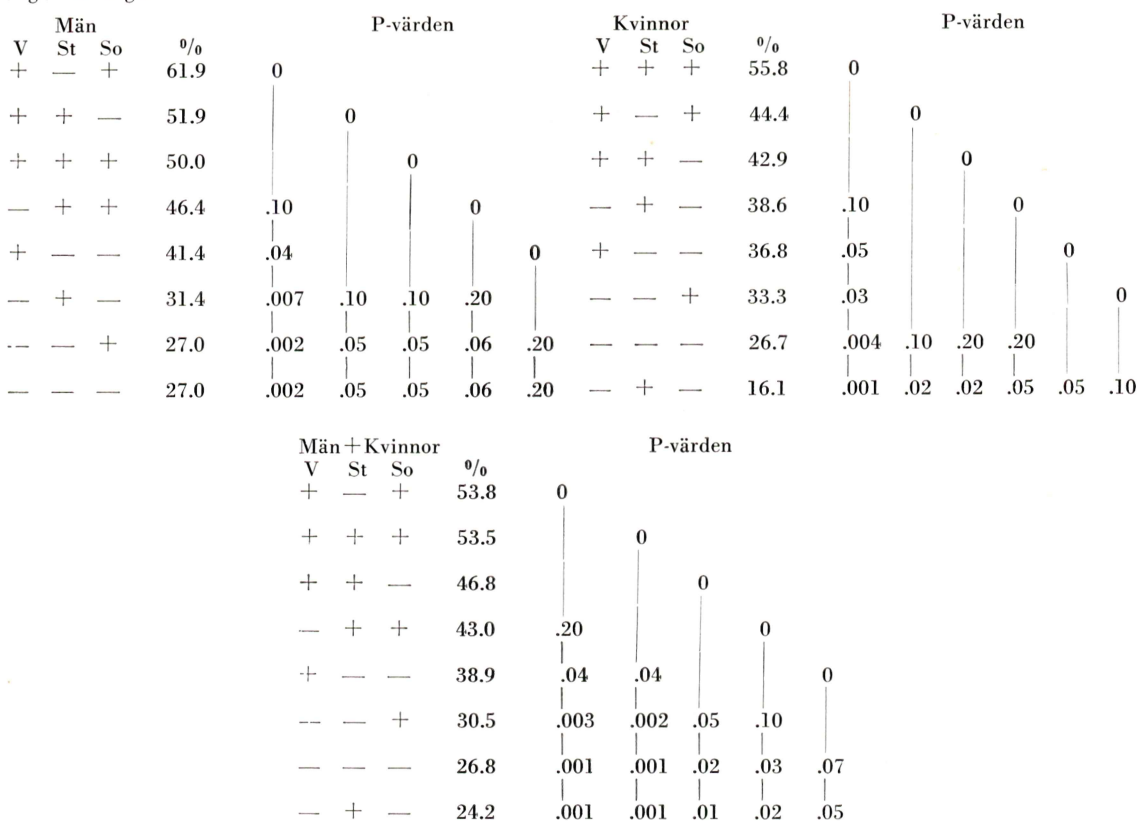


Digestion. Det i tidigare undersökning etablerade sambandet mellan validitet och digestionsbesvär återspeglas i figur 2. För övrigt är resultaten svårtolkade, delvis beroende på att överensstämmelsen mellan könen inte är så god (jfr könsskillnaden härvidlag i Marke & Nyman, 1961). En gemensam tendens i båda könsgrupperna är att V+ St— So— är mest symptomrik av de supervalida kombinationerna och till och med något symptomrikare än V— St+ So+, som är den "bästa" av de subvalida. För kvinnorna och för de sammanslagna könsgrupperna är V— St+ So— totalt sett den symptomrikaste kombinationen, men detta gäller ej för männen. Några säkra slutsatser tillåter knappast resultaten, men som vagt underbyggd hypotes kan möjligen uppsättas att oavsett läget i validitetsdimensionen har kombinationen St— So— fler digestionsbesvär än dess motpol St+ So+. Som

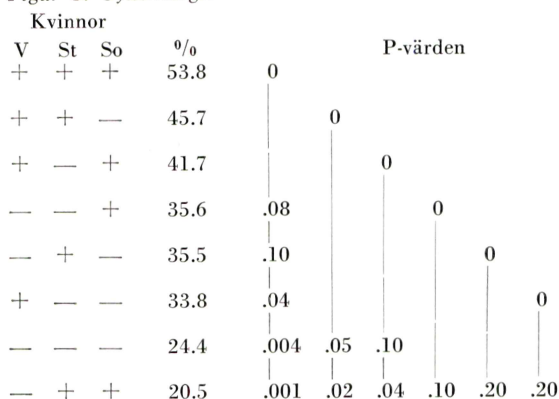
stöd kan anföras att P-värdena för differensen mellan V— St+ So+ och V— St— So— respektive V+ St+ So+ och V+ St— So— är .04 i de sammanslagna könsgrupperna och att denna tendens återfinns inom vardera könsgrupp.

Gynekologi visade i den tidigare bearbetningen ett starkt signifikant samband med validitet och ett något svagare med soliditet; i båda dimensionerna var det subvarianten som rapporterade flest symtom. Följaktligen skulle man vänta sig att kombinationer innehållande V— So— skulle ha flest besvär. Så är emellertid knappast fallet. Enligt figur 3 är V— St+ So+ den symptomrikaste kombinationen och den skiljer sig i det närmaste signifikant från sex av de övriga sju kombinationerna.

Figur 2. Digestion.



Figur 3. Gynkologi.



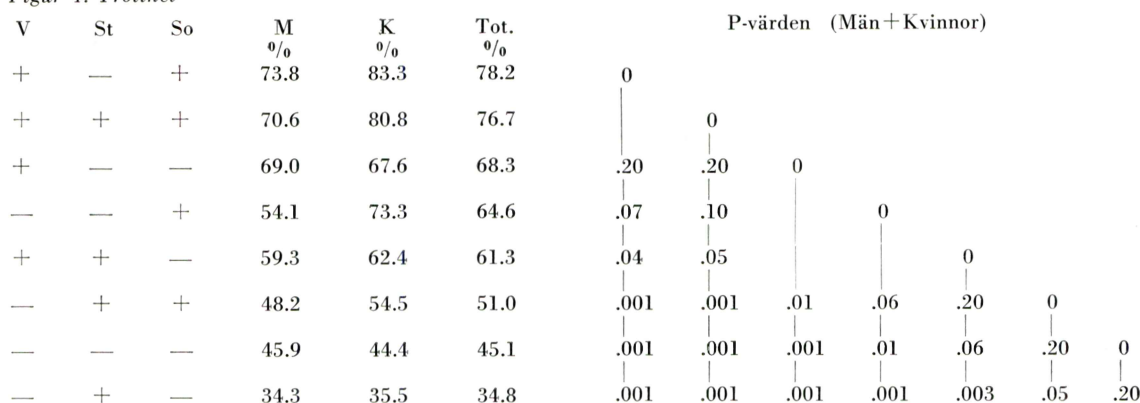
För övrigt är resultaten föga entydiga och tillåter inte dragandet av några preciserade slutsatser.

Trötthet. Eftersom denna symptomgrupp inte ingick i den tidigare bearbetningen av materialet har först antalet besvär relaterats till de tre temperamentsvariablerna var för sig och signifikantstests med hjälp av χ^2 -metoden på 4-fältstabeller. För båda könen föreligger ett starkt signifikant samband mellan trötthetsbesvär och validitet ($P < .001$). Detta samband får till stor del ses som semantiskt betingat, eftersom stor likhet finns mellan trötthetsfrågorna och vissa validitetsfrågor. Vidare tenderar de superstabila att rapportera fler symtom än de substabila (Män: $P = .07$, Kv: $P = .20$) och de subsolida mer symtom än de supersolida (Kv: $P = .001$, Män: ej signifikant). I figur 4 redovisas signi-

fikansprövningen av skillnaderna mellan kombinationerna med avseende på antal rapporterade symtom. Eftersom överensstämmelsen mellan könsgrupperna är stor behandlas könsgrupperna sammanslagna. Den klart symptomrikaste kombinationen är V— St+ So— och denna skiljer sig signifikant från sex av de sju andra. Mest symptomrik av de supervalida kombinationerna är V+ St+ So—, som signifikant skiljer sig från två av de övriga tre och till och med rapporterar fler besvär än den subvalida kombinationen V— St— So+. Bortsett från det ganska självklara sambandet mellan Trötthet och validitet så uppvisar kombinationer innehållande St+ So— mest och kombinationer innehållande motpolen St— So+ minst trötthetsbesvär.

Neuroticism. Neurosskalan har heller icke tidigare relaterats till Sjöbrings variabler, varför sambanden mellan antal neurotiska besvär och de enskilda temperamentsvariablerna först beräknats. För båda könen finns ett starkt signifikant samband mellan validitet och Neuroticism ($P < .001$); ett samband som i viss utsträckning får ses som semantiskt betingat, framför allt finns vissa likheter mellan frågorna från grupperna Ängslan och Osäkerhet och vissa validitetsfrågor. För männen finns ett starkt samband med stabilitet (de superstabila mer neurotiska, $P < .001$), medan dessa variabler varierar oberoende av varandra i kvinnopopulationen. Något samband mellan Neuroticism och soliditet föreligger inte i någon av könsgrupperna. De två

Figur 4. Trötthet



Figur 5. Neuroticism.

V	St	So	M %	K %	Tot. %
+	—	+	76.2	69.4	73.1
+	—	—	72.4	64.7	68.3
+	+	+	64.7	69.2	67.4
+	+	—	59.3	57.1	58.1
—	—	+	35.1	37.8	36.6
—	—	—	35.1	26.7	30.5
—	+	+	23.2	27.3	25.0
—	+	—	8.6	16.1	12.1

P-värden (Män + Kvinnor)						
0	0	0	0	0	0	0
.07	.20	.20	0			
.001	.001	.001	.01	0		
.001	.001	.001	.001		0	
.001	.001	.001	.001	.10		0
.001	.001	.001	.001	.001	.01	.05

könsgrupperna är mycket lika varandra i fråga om temperamentskombinationernas rangordning utifrån antal rapporterade symtom, varför de i figur 5 redovisas sammanslagna. Det starka sambandet Neuroticism—validitet visar sig i att samtliga servalida kombinationer signifikant skiljer sig från de subvalida kombinationerna. Sambandet Neuroticism—stabilitet återspeglas i att superstabila kombinationer rapporterar fler besvär än substabila, under konstanthållande av validiteten. Flest symtom har kombinationen V—St+ So— och denna skiljer sig signifikant från samtliga övriga kombinationer. *Förutom det klara sambandet med validitet har kombinationen St+ So— mest och dess motpol St—So+ minst neurotiska besvär.*

Jämförelse mellan symtomgrupper. För tre av de sex undersökta symtomgrupperna har relativt klara och entydiga samband mellan antal symtom och temperamentskombination framkommit. Dessa tre (Cirkulation, Trötthet och Neuroticism) visar också den största överensstämmelsen mellan könen och är samtidigt de symtomgrupper som ur klinisk och/eller skalteknisk synpunkt förefaller mest homogena. Som tidigare nämnts får vi i föreliggande material räkna med att cirkulationsbesvärerna övervägande får uppfattas som funktionellt betingade och närmast är uttryck för en bakomliggande spänning eller ångest. Överensstämmelsen i sambandsstrukturen temperamentskombination—symtomfrekvens mellan dessa tre symtomgrup-

per är också påtaglig. Gemensamt för dem är att kombinationen V—St+ So— är den klart symtomrikaste kombinationen och av de servalida kombinationerna har V+ St+ So— genomgående flest symtom. Dessa kombinationers motpoler (V+ St—So+ resp. V—St—So+) har dessutom minst symtom av de super- respektive subvalida kombinationerna. *Sammanfattningsvis kan sägas att förutom ett klart samband med validitet uppvisar kombinationen St+ So— mest och St—So+ minst besvär inom områdena Cirkulation, Trötthet och Neuroticism.*

För de tre övriga symtomgrupperna (Respiration, Digestion, Gynekologi) finns inga klara och entydiga samband mellan symtomfrekvens och temperamentskombination. Orsaken kan vara att dessa symtomgrupper, som tidigare påpekats, är mer inhomogena och troligen innehåller symtom på sjukdomar med olikartad psykisk bakgrund. Detta förhållande försvårar självfallet möjligheterna att i föreliggande material belysa problemet om huruvida specifika psykiska bilder föreligger vid skilda psykosomatiska syndrom. Här kan blott några vaga spekulationer göras. En jämförelse mellan rangkorrelationerna i tabell 4 respektive 5 ger vid handen att överensstämmelsen mellan könen inom respektive symtomgrupp är genomsnittligt större än överensstämmelsen mellan de olika symtomgrupperna inom vart kön för sig, vilket ger ett vagt stöd för antagandet om att specifika personlighetsmönster är associerade med skilda organsymtom. Enligt tabell 6 är också överensstämmelsen i kombinationernas

TABELL 5.

Rangkorrelationer (ρ) mellan olika symtomgrupper, beräknade utifrån rangordningarna i Tabell 3, för män respektive kvinnor samt för könen sammanslagna.

Samband	Män		Kvinnor		Män + Kvinnor	
	ρ	P	ρ	P	ρ	P
Respiration — Cirkulation	.71	.10—.05	— .26	—	.40	—
Respiration — Digestion	.76	.05—.02	.36	—	.76	.05—.02
Respiration — Gynekologi			.55	—		
Cirkulation — Digestion	.35	—	.57	—	.57	—
Cirkulation — Gynekologi			.19	—		
Digestion — Gynekologi			.62	—		
Respiration — Trötthet	.98	.001	.02	—	.76	.05—.02
Cirkulation — Trötthet	.76	.05—.02	.86	.02—.01	.81	.05—.02
Digestion — Trötthet	.72	.10—.05	.76	.05—.02	.81	.05—.02
Gynekologi — Trötthet			.62	—		
Respiration — Neuroticism	.87	.02—.01	.19	—	.76	.05—.02
Cirkulation — Neuroticism	.76	.05—.02	.83	.02	.76	.05—.02
Digestion — Neuroticism	.60	—	.86	.02—.01	.74	.05—.02
Gynekologi — Neuroticism			.62	—		
Trötthet — Neuroticism	.93	.01—.001	.93	.01—.001	.93	.01—.001

rangordning i genomsnitt mindre mellan organ-symtomgrupperna än mellan dessa och Trötthet respektive Neuroticism.

Jämför vi temperamentskombinationernas rangordning inom Cirkulation och Digestion (tabell 3) finner vi vissa olikheter. För männen gäller att kombinationen V+ St— So—, som rapporterar minst cirkulationsbesvär, i fråga om digestionsbesvär intar en avsevärt ogynnsammare position. Den är klart "sämst" av de supervalida kombinationerna och intar totalt sett rangplats 5. De kombinationer som har flest cirkulationsbesvär (V— St+ So— och V+ St+ So—) intar påtagligt gynnsammare lägen i fråga om digestionsbesvär (rangplats 2 resp. 6 i jämförelse med 7 resp. 8). Tendensen är likartad för kvinnorna med undantag av att V+ St+ So— har flest symtom både inom Cirkulation och Digestion. Några slutsatser kan inte dragas men som svagt underbyggd hypotes kan möjligen för männens del uppsättas att kombinationen St+ So— är mer förknippad med cirkulationsbesvär och St— So— mer med digestionsbesvär.

Sambandet mellan gynekologiska besvär och temperamentskombinationer var ytterst oklart och svårtolkat. En jämförelse mellan kombinationernas rangordning inom Gynekologi respektive Cirkulation ger dock vid handen att de kom-

binationer som har flest cirkulationsbesvär har relativt få gynekologiska; V+ St+ So— och V— St+ So— som har rangplats 7 respektive 8 inom Cirkulation och rangplats 2 respektive 5 inom Gynekologi. Resultaten tyder på att de temperamentsmässiga korrelaten kan vara olikartade för symtomgrupperna Cirkulation och Gynekologi.

Problemet om psykosomatiska besvärers specificitet kan inte närmare belysas inom föreliggande material. Härtill fordras ett material med olika, klart diagnosticerade psykosomatiska sjukdomar.

Diskussion

I ett flertal tidigare undersökningar har de sjöbringska personlighetsvariablerna satts i relation till olika sjukdomar, såväl mentala, somatiska som psykosomatiska. Wretmark (1953) fann att män med ulcus duodeni signifikant skilde sig från en kontrollgrupp genom att oftare bedömas som subvalida, superstabila och subsolida, medan män med ulcus ventriculi inte i något av dessa avseenden skilde sig från kontrollgruppen. I undersökningen påvisades också att kombinationen subvalid—subsolid oftare förekom i gruppen med ulcus duodeni än i kontrollgruppen. Vidare visade sig sjukdomens prognos framför allt hänga samman med stabilitetsvariationen; prognosen var gynnsammare för substabila än för icke-substabila.

I Essen-Möllers (1956) undersökning av totalbefolkningen i ett avgränsat geografiskt område återfanns samma tendens i sambandet mellan magsår och sjöbringvariablerna som i Wretmarks undersökning. Redovisade samband mellan sjöbringvariabler och olika mentala besvär respektive olika psykiatriska diagnosgrupper är mer oklara och svårtolkade. Här skall blott nämnas några med direkt relevans för den aktuella problemställningen. De som klagar över trötthet, nervositet, känslighet för jäkt och motgångar liksom de som av undersökaren ansetts som astenier eller neuroser har oftare bedömts som subvalida. De som bedömts som subsolida har oftare återfunnits bland dem som känt sig nervösa eller jäktade eller som haft neuroser. De superstabila var överrepresenterade bland dem som rapporterade trötthetsbesvär (endast kvinnor) eller som bedömdes som asteniska (undergruppen: Early Severe Asthenia, endast kvinnor) eller dysforiska eller schizoida eller med avvikande personlighet (Major Personality Deviation). Däremot är det i stället substabila som man finner överrepresenterade bland dem som klagar över känslighet för motgångar och som haft neuroser, det sistnämnda gäller dock endast kvinnor.

Hagnell (1959, 1962) gjorde 10 år senare en follow-up undersökning av Essen-Möllers ovan nämnda material. Härvid kunde han sätta skattad premorbid personlighet i relation till risken att drabbas av olika sjukdomar under den mellanliggande 10-årsperioden. Wretmarks resultat verifierades; de som under perioden förstagångsinsjuknade i magsår skilde sig från de övriga genom att oftare ha bedömts som subvalida, superstabila och subsolida. Samma tendenser återfinns hos dem som under perioden för första gången sökt läkare för nervösa besvär.

I en undersökning av 300 friska, 20-åriga värnpliktiga fann Nyman (1956) en högre grad av stabilitet hos neurotiker än hos gruppen utan neurotiska drag. Neurotikerna tenderade också att vara mer subvalida, men denna skillnad var inte statistiskt säkerställd.

Gemensamt för de ovan refererade undersök-

ningarna är att den psykiska vulnerabiliteten synes hänga samman med låg validitet och soliditet och med hög stabilitet. I fråga om stabilitet är resultaten dock inte entydiga; Essen-Möller finner oftare neuroser hos substabila men oftare trötthetsbesvär, dysfori, "Early Severe Asthenia", schizoid respektive avvikande personlighet hos de superstabila. Skillnaden kan bero på att Essen-Möller arbetar med ett avsevärt snävare neurosbegrepp än Nyman och Hagnell. Resultaten från dessa undersökningar, som samtliga utgår från subjektiv bedömning av sjöbringvariablerna och kliniskt diagnosticerade somatiska eller mentala sjukdomar, är i relativt god överensstämmelse med resultaten från den här presenterade analysen, som utgår från kombinationer av operationellt definierade variabler. Inom symtomgrupperna Cirkulation, Trötthet, Neurotism och för kvinnornas del även Digestion är personer med låg validitet och soliditet men hög stabilitet mest symtomrika. Med tanke på de tidigare dokumenterade sambanden mellan ulcus duodeni och temperamentsvariablerna kunde man vänta ett entydigare samband mellan digestionsbesvär och temperamentskombinationer. Att så inte blir fallet kan troligen bero på att de besvär som ingår i symtomgruppen är av ganska heterogen art.

Det finns vissa påtagliga överensstämmelser mellan dessa på sjöbringpsykologin grundade resultaten och de iakttagelser som gjorts av forskare med ett dynamiskt, psykoanalytiskt referenssystem. En ledande tankegång i dessa teorier, vilka här endast ytterst schematiskt kan refereras, är att psykosomatiska och neurotiska symtom kan ses som svar på mer eller mindre omedvetna emotionella konflikter. Dessa konflikter ses som resultatet av individens interpersonella erfarenheter från, framför allt, tidiga barndomsår.

Ett centralt tema i psykosomatiska patienters inre dynamik anses vara konflikten mellan starka dependensbehov och strävan efter reaktiv självtillräcklighet. Enligt Alexander (1948, ss. 109 ff.) återfinns hos personer med gastriska symtom ofta en emotionell konflikt mellan å ena

sidan mer eller mindre bortträngda, omedvetna, behov av att bli omhändertagen, hjälpt, beroende och älskad (oral-receptiva tendenser) och å andra sidan en, till karaktären överkompensatorisk och reaktiv strävan efter oberoende, självständighet, ansvar, effektivitet och aktivitet. Denna överkompensation (reaktionsbildning) betingas i första hand av de underlägsenhets- och skuld känslor som de infantila beroendekraven ger upphov till. Även vid essentiell hypertension föreligger en stark passiv, dependent, oral-receptiv tendens, men som här står i strid med (möjligen överkompensatoriska) aggressiva och fientliga impulser, vilka i sin tur skapar ängslan som ökar flykten från tävlan och konkurrens till passiv och dependent attityd. Denna *circulus vitiosus* anses utgöra den centrala emotionella konflikten hos ett stort antal neurotiker, men det som skiljer neurotiker utan från dem med hypertension är att de senare är oförmögna att fritt uttrycka *någon* av de motstridiga tendenserna: de kan varken fritt acceptera den passivt dependent attityden eller ge fritt uttryck för sina fientliga impulser. De två oförenliga emotionella tendensernas blockering av varandra kan ge upphov till ett slags "emotional paralysis" (Alexander, 1948, s. 292).

Thaler, Weiner och Reiser (1957) har bl. a. med hjälp av projektiva test, funnit belägg för att patienter med hypertension i allmänhet söker undvika "intima" objektrelationer (closeness in object relationships), eftersom de uppfattar dessa som förknippade med strid och fara, och i stället tenderar att emotionellt isolera ("insulate") sig i interpersonella relationer. Personer med magsår, däremot, förefaller kontinuerligt sträva efter att komma i nära beroendeförhållande till andra samtidigt som de försöker undvika att ge uttryck för sina affekter eftersom dessa skulle kunna påverka beroendeförhållandet i negativ riktning.

Det bör här påpekas att neurotiker, över huvud taget, i jämförelse med normala ofta uppvisar någon form av reducerad emotionalitet och objektrelationer präglade av strävan att utnyttja

objektet för egen tillfredsställelse. Den sistnämnda tendensen visar sig i den emotionella sekundärvinsten (the emotional secondary gain), vilket betecknar den emotionella tillfredsställelse som neurotikern omedvetet söker erhålla från sin omgivning med hjälp av sina symtom och sina neurotiska karaktärsdrag. Strävan efter sekundärvinst tar sig ofta uttryck i en vädjan till omgivningen om uppmärksamhet, sympati, förståelse och stöd eller, i den aggressiva sfären, i krav på att andra personer skall anpassa sig till neurotikerns symtom (Vanggaard, 1959).

De ovan beskrivna tendenserna till emotionell reducering, blockering och isolering har påfallande likheter med de beskrivningar Sjöbring ger av den superstabila varianten. Ännu påtagligare blir överensstämmelserna om vi anknuter till Horneys (1937, 1945) analys av neurotikernas beteende, varvid hon lägger stor vikt vid utvecklingen av deras interpersonella relationer. Enligt henne pendlar neurotikern mellan tre olika tendenser i sin attityd till andra människor, nämligen tendenserna att "gå till andra" (striving for affection and submissiveness), "gå mot andra" (striving for power) och "gå bort från andra" (withdrawal). Då någon av dessa tendenser tar överhanden talar hon om den fogliga, den aggressiva respektive den distanserade typen. Dessa beteenden representerar olika sätt att försvara sig mot "grundångesten" (basic anxiety) och även om en av tendenserna dominerar det aktuella beteendet så finns de andra kvar som verkande krafter och det är konflikten dem emellan som utgör neurosens centrala konflikt (basic conflict). Av speciellt intresse i detta sammanhang är skildringen av den distanserade typen, vilken söker uppnå trygghet genom att sträva efter såväl inre som yttre oberoende och självständighet. Genom att göra sig känslomässigt oberoende av andra människor kan risken för emotionella besvikelser reduceras. Den underliggande principen är att aldrig bli så fäst vid någon eller något att han eller det blir oumbärligt. De distanserade lägger ett emotionellt avstånd mellan sig själv och andra och är medvetet och/eller omedvetet beslutna att icke be-

blanda sig emotionellt med andra människor, vare sig det gäller kärlek, hat, samarbete eller konkurrens. De tycker illa om större umgängesliv, reagerar negativt på inblandning i sitt privatliv, vill vara ifred, föredrar att arbeta ensamma etc. Avståndstagandet från andra människor kombineras med ett avståndstagande från det egna jaget; de uppvisar en känslolöshet inför emotionella upplevelser, en tendens att förtränga och kontrollera alla känslor och t. o. m. förneka deras existens. En dylik emotionell självisolering anser Horney vara gemensam för alla neuroser, men som speciellt utmärkande för den distanserade typen tillkommer deras förmåga att betrakta sig själva med ett slags objektivt intresse. De har samma "åskådarattityd" inför sig själva som inför livet och är ofta i stånd att väl observera vad som försiggår inom dem själva, t. ex. har de ofta en stor förmåga att förstå sin egen drömsymbolik.

Det råder knappast någon tvekan om att det beteende Horney kallar distanserat har mycket gemensamt med det Sjöbring kallar superstabilitet, och ser vi på MNT-skalans stabilitetsfrågor finner vi ett flertal formuleringar som är snarlika de som Horney använder i sin ovan refererade beskrivning (t. ex. frågorna 9, 13, 19, 27, 31, 40, 44, 46, 50, 53, 55 i MNT-skalan, se Marke & Nyman, 1962). Går vi däremot till tolkningen och värderingen av dessa beteenden blir skillnaden mellan Horney och Sjöbring fundamental. Medan den förstnämnda ser det distanserade beteendet som en neurotisk, defensiv och huvudsakligen inlärd livsattityd uppfattar Sjöbring superstabilitet som tecken på en högre grad av utveckling och mognad som huvudsakligen är bestämd av konstitutionella faktorer. Sjöbring anser superstabila vara mindre benägna för insufficiensreaktioner och neuroser; över huvud har hans beskrivning av superstabilitet en lätt panegyrisk prägel (Sjöbring, 1958, ss. 150—156). Några resultat från undersökningar av Cesarec (1961) och Franzén & Nyman (1963) är snarast till förmån för den psykoanalytiska uppfattningen; då psykologi- respektive medicinerande studerande fick bedöma MNT-frågornas

värdeladdning (social desirability) bedömdes superstabilitet som genomgående mer negativt värdeladdat än substabilitet. Möjligen kan dessa resultat betingas av att dessa bedömargrupper till följd av sin yrkesinriktning avviker från en normalpopulation genom att vara mer substabila och därför anse denna egenskap vara mer värdefull. En generell reservation får här självfallet göras för möjligheten att MNT-skalans stabilitetsfrågor överbetonar vissa aspekter av Sjöbrings stabilitetsbegrepp (jfr Nyman & Marke, 1952, s. 23).

Även beteenden som utmärker Sjöbrings substabilitetsvariant återfinnes i de psykoanalytiska beskrivningarna av neurotiskt beteende. Neurotikernas inre osäkerhet och känsla av mindervärde och oförmåga yttrar sig i deras extrema behov av andras gillande, tillgivenhet eller respekt och fruktan (jfr "emotionell sekundärvinst"). Bristen på solid jag-känsla och adekvat självvärdering förenat med behovet av överlägsenhet leder till vad Horney kallar "neurotisk konkurrenstilläggning". Denna skiljer sig från normal konkurrens i tre hänseenden. För det första mäter sig neurotikern ständigt med alla, även i situationer där han inte behöver göra det. För det andra går neurotikerns ambition inte endast ut på att uträtta mer eller ha större framgång än andra, utan att vara säregen och originell. För det tredje finns i neurotikerns ambition mer av dold fientlighet, en destruktiv attityd av typen "ingen annan än jag skall vara vacker, begåvad, framgångsrik". Behovet av uppmärksamhet och överlägsenhet kan ge upphov till flera av de beteenden som utmärker den subsolida individen; t. ex. det teatraliska, exhibitionistiska, koketta och poserade draget i hans beteende, behovet av att ha ett auditorium att agera inför och imponera på, lusten att charmera eller chockera, den delvis alltför lätta anpassningen till omgivningen som kan ta sig uttryck i ombytthet, opålitlighet och opportunism. Även Sjöbring förklarar detta beteende utifrån bristande fasthet i personlighetsstrukturen (stor klyvnings- eller dissociationsbenägenhet); avsaknaden av kontinuerlig jagupplevelse

hindrar framväxandet av en solid självkänsla.

Att subvalida drag är förknippade med neurotiska och psykosomatiska reaktioner är en punkt där enighet råder mellan sjöbringianer och psykoanalytiskt inriktade forskare. Skillnaden ligger i tolkningen av sambandet. Enligt de förstnämnda är det den konstitutionellt betingade energibristen som ökar den subvalides benägenhet för neurotisk utveckling och psykosomatiska reaktioner medan de sistnämnda snarast ser det asteniska tillståndet som en följd av att energin binds och förbrukas av emotionella inre konflikter.

Ovanstående genomgång, som självfallet innebär en viss överbetoning av likheterna, synes ge vid handen att de resultat som framkommit vid studiet av neurotiska och psykosomatiska individer utifrån Sjöbrings referenssystem i viss utsträckning överensstämmer med de iakttagelser som gjorts utifrån psykoanalytiska utgångspunkter. Samma fenomen, dvs. samma beteenden och upplevelser från försökspersonernas sida, förefaller delvis ligga till grund för iakttagelserna men i fråga om den teoretiska tolkningen av dessa går uppfattningarna isär och återspeglar den klassiska motsättningen mellan arv- och miljöteorier. Accepteras de här framdragna likheterna bör i den fortsatta diskussionen två alternativa tolkningsmodeller hållas aktuella. Utifrån ett godtagande av hypotesen om sjöbringdimensionerna, som konstitutionellt betingade och av miljön relativt opåverkade temperamentsvariabler, blir problemet att klarlägga i vad mån individer med viss temperamentsutrustning är mer benägna eller exponerade för emotionella konflikter av viss typ och/eller har svårare för att handskas med och kontrollera dem. Ifrågasätter man hypoteserna om variabelernas konstitutionella, neurofysiologiska förankring, för vilka några övertygande bevis inte framlagts, och i stället ser dem som inlärdas beteendestilar så kan såväl dessa beteendestilar som neurotiska och psykosomatiska symtom utgöra reaktionen på tidiga och grundläggande emotionella konflikter. Med tanke på den interaktion (jfr Nyman & Marke, 1962, s. 16), enligt ett slags "circulus

vitiosus" eller "feed-back" princip, som ofta utmärker psykisk dynamik förefaller kanske en kompromiss mellan dessa renodlade tolkningsmodeller mest plausibel.

Sammanfattning

Syftet är att undersöka sambandet mellan olika kombinationer av lägen inom de tre sjöbringiska temperamentsvariablerna validitet, stabilitet, soliditet och subjektiva abnormsymtom inom symtomgrupperna Respiration, Cirkulation, Digestion, Gynekologi, Trötthet och Neuroticism.

Samtliga data är inhämtade med hjälp av enkätschemata; temperamentsvariablerna med MNT-skalan och abnormsymtomen med Medicinskt Frågeschema (MFS). Undersökningsmaterialet utgöres av 682 unga, "friska" elever vid olika undervisningsanstalter.

Utifrån mediansnitten på sjöbringvariablerna har individerna hänförs till någon av de åtta möjliga temperamentskombinationerna (V+ St+ So+, V+ St+ So—, etc.). Dessa kombinationer har sedan jämförts med avseende på antalet rapporterade symtom inom var och en av de sex symtomgrupperna.

Överlag framkommer ett flertal signifikanta skillnader mellan temperamentskombinationerna i fråga om antalet rapporterade symtom. För symtomgrupperna Respiration, Digestion och Gynekologi är emellertid sambanden relativt oklara och svårtolkade. Grupperna Cirkulation, Trötthet och Neuroticism uppvisar stora överensstämmelser i sambandsstrukturen temperamentskombination—symtomfrekvens och inom var och en av dessa symtomgrupper föreligger också stor överensstämmelse mellan könen i fråga om sambandsstruktur. Den i särklass symtomrikaste kombinationen är V— St+ So— och av de supervalida kombinationerna har V+ St+ So— flest symtom. Oavsett läget i validitetsdimensionen uppvisar kombinationen St+ So— mest och dess motsats St— So+ minst besvär. Dessa resultat förefaller i stort överensstämma med resultat från en del tidigare undersökningar över sambandet mellan subjektivt skattade sjö-

bringvariabler tagna var för sig och psykosomatiska och neurotiska besvär.

Vidare kan man finna vissa påfallande likheter mellan dessa resultat och iakttagelser som gjorts av forskare arbetande utifrån psykoanalytiska referenssystem. Beteendedrag, som enligt Sjöbring är karakteristiska för den subvalida, superstabila respektive subsolida varianten, anses av dessa forskare oftare återfinnas hos patienter med vissa psykosomatiska och neurotiska störningar än hos normala. De beteenden som iakttagits synes alltså i viss utsträckning vara identiska, ehuru den teoretiska tolkningen av dem går starkt isär. Medan Sjöbring huvudsakligen ser dessa beteenden som uttryck för konstitutionella faktorer, tolkas de från psykoanalytiskt håll som inlärd attityd eller beteendestilar, utvecklade som svar på vissa mer eller mindre omedvetna emotionella konflikter. Det synes önskvärt att i den fortsatta diskussionen av Sjöbrings personlighetspsykologiska modell i större utsträckning beakta båda dessa alternativa tolkningshypoteser.

Referenser:

- Alexander, F., French, T. M., et al. (1948): Studies in psychosomatic medicine. The Ronald Press Co., N.Y.
Andersson, A. L. (1962): Adaptive patterns in a serial spiral after-effect test as related to a system of personality dimensions. *Scand. J. Psychol.*, 3, 205—214.
Cesarec, Z. (1961): Personligt meddelande.
Couch, A. & Keniston, K. (1960): Yeasayers and Naysayers: Agreeing response set as a personality variable. *J. abn. Soc. Psychol.*, 60, 151—174.
Deming, W. E. (1950): Some theory of sampling. J.

Wiley & Sons, Inc, N.Y.

- Essen-Möller, E. (1956): Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psych. et Neurol. Scand. Suppl.* 100.
Franzén, G. & Nyman, G. E. (1963): Personligt meddelande.
Hagnell, O. (1959): Neuroses and other nervous disturbances in a population, living in a rural area of southern Sweden, investigated in 1947 and 1957. *Acta Psych. et Neurol. Scand. Suppl.* 136, 214—219.
— (1962): Personligt meddelande.
Horney, K. (1937): The neurotic personality of our time. W. W. Norton & Co. N.Y. (Svensk översätt. Den neurotiska nutidsmänniskan. N & K, Stockholm, 1948).
— (1945): Our inner conflicts. W. W. Norton & Co. N.Y. (Svensk översätt. Våra inre konflikter. KF:s bokförlag, 1950).
Lindberg, B. J. (1950): Different mixtures of sytonic and asthenic personality traits. *Acta Psych. et Neurol. Scand.*, 25, 225—235.
Marke, S. & Nyman, G. E. (1958): MNT-skalan. Skand. Testförlaget, Stockholm.
— (1961): Somatiska och mentala besvär hos en ung normalgrupp. *Socialmed. tidskr.*, 38, 315—323.
— (1962): Manual till MNT-skalan. Skand. Testförlaget, Stockholm.
Nyman, G. E. (1956): Variations in personality. *Acta Psych. et Neurol. Scand. Suppl.* 107.
Nyman, G. E. & Marke, S. (1958): Medicinskt Frågeschema. Skand. Testförlaget, Stockholm.
— (1960): Temperamentsdrag enligt Sjöbring och subjektiva abnormsymtom. *Socialmed. tidskr.*, 37, 123—130.
— (1962): Sjöbrings differentiella psykologi. Analys och skalkonstruktion. Gleerup, Lund.
Sjöbring, H. (1958): Struktur och utveckling. Gleerup, Lund.
Thaler, M., Weiner, H. & Reiser, M. F. (1957): Exploration of the doctor-patient relationship through projective techniques. *Psychosom. Med.*, 19, 228—239.
Törngren, P. H. (1957): Sjöbring-variablerna i praktisk människokunskap. *Nord. Med.* 57, 5—10.
Vangaard, T. (1959): The concept of neurosis. *Acta Psych. et Neurol. Scand. Suppl.* 136, 116—136.
Wretmark, G. (1953): The peptic ulcer individual. *Acta Psych. et Neurol. Scand. Suppl.* 84.

300 METER ÖVER HAVET

ligger kurorten MÖSSEBERG i Västergötland på bergets sydöstra sluttning mycket vackert och vindskyddat. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila.

Patienter lidande av tuberkulos eller svårartad psykisk sjukdom kunna ej mottagas. Snabba direkta förbindelser med Stockholm 4,5 tim. Göteborg 1,5 tim.

Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Överläkare: Rune Wikström.

Modern medicinsk undersökningsavd. Alla brukliga badformer serveras. Individuell dietmat.

Helpension från 29:— pr dag.

*Unna Er
en hälsobringande
vila på*

Mösseberg

Tel. Falköping 0515/100 46 för upplysningar
Vx. sanatoriet Falköping 0515/132 20