

Somatiska och mentala besvär hos en ung normalgrupp

Analys av en medicinsk enkät¹⁾

Av fil. lic. *Sven Marke* och professor *G. Eberhard Nyman*

Inledning

Vid registrering av subjektiva symtom med hjälp av enkätmetodik har man knappast i sikte någon form av individuell klinisk diagnostik. Som *komplettering* av ett vanligt anamnesupptagande kan det säkerligen vara av värde att få vissa för ögonblicket inaktuella symtom konsekvent registrerade, men tillämpat enbart har hälsoschemata sin viktigaste tillämpning för screening av stora normalgrupper (t. ex. i militära sammanhang) och för forskningsändamål i extensivundersökningar. Genom sin objektivitet har detta diagnostiska förfaringssätt vissa direkta fördelar framför individuella kliniska undersökningar.

Ett frågeschema över sjukdomssymtom uppställes givetvis utifrån a priori-föreställningar om symptomens sammanhang hämtade från mer eller mindre osystematisk erfarenhet. Givetvis kan även denna vara bedräglig eller åtminstone ofullständig. Varje praktiskt arbetande kliniker vet hur lätt en omedveten komplettering av en sjukdomsbeskrivning i en journal kan äga rum genom att man utan att fråga eller genom ledande frågor och förströdd uppmärksamhet vid svaret lägger till något enstaka symtom som man är ute efter; en klassisk syndrombeskrivning kan därigenom länge förvilla blicken och tekniken vid anamnesupptagande och starta en missledande tradition rörande den verkliga frekvensen av vissa komponenter som kanske knappast har att göra med de övriga symtomen. Genom tillämpning av standardiserade frågeformulär erbjudes tillfällen att genom statistisk analys av resultaten få en objektivt grundad föreställning om symptomens inbördes sammanhang.

I det följande skall redogöras för en tillämpning av ett svenskt hälsoschema berörande såväl somatiska som mentala symtom och med ett ungt studerande normalmaterial som experimentgrupp.

Schemat konstruerades med två amerikanska instrument som utgångspunkt: Cornell Medical Health Questionnaire och Columbia Adult Health Inventory konstruerade av *Broodman et al.* (1949) resp. *Lorge et al.* (1953). Analysförfarandet avser att undersöka de syndromatiska delskalornas inbördes sammanhang och den inre konsistensen av den "mentala delen" av skalan. Den senare analysen avser att konstruera en separat "neurosskala". Därtill kommer en jämförelse mellan könen att kunna genomföras i ett antal hänseenden. Naturligtvis syftar undersökningen icke till några skattningar av frekvensen av vissa symtom eller sjukdomar i populationen el. dyl.

Metodik

Schemat, Medicinskt frågeschema innehåller 191 frågor med svarsalternativen Ja eller Nej uppdelade på grupperna A—T med mellan 7 och 20 frågor i varje grupp. Grupperna gäller: A ögon, öron, B respiration, C cirkulation, D digestion, E rörelseapparat, F hud, G neurologi, H genitalia, gynekologi, I trötthet, J subjektiv "klenhet", K övrig medicinsk anamnes, L euforisk, M ängslan, N depression, O osäkerhet, P sensitivitet, Q explosivitet, R spänning, S paranoida drag och T organiska—senila drag. I det följande kommer endast ett visst urval av dessa symptomgrupper att behandlas. I främsta hand intresserar oss de mentala symtomen och deras sammanhang med internmedicinska symtom av möjlig psykosomatisk typ. Till de mentala grupperna räknar vi främst I och M—S.

¹⁾ Från Sociologiska institutionen, Universitetet i Lund, och Psykiatriska kliniken, Medicinska högskolan i Umeå.

Som en preliminär skala för allmänneurotiska symtom eller insufficiensbenägenhet från vilken vi kunde utgå för konstruktionen av en empiriskt homogen neurosskala valde vi sammansättningen M+O, ängslan och osäkerhet, vilken a priori föreföll konsistent och täckande en rad vanliga ospecifika neurossymtom.

Material

Materialet består av 362 unga studerande: elever vid sköterskeskola, inträdesprövande till seminarium, tekniska läroverksstuderande, handelsskolestuderande, och elever vid socialinstitut, varav 181 män och 181 kvinnor. Männens medelålder var 21,4 år, 84 % var mellan 16 och 24, kvinnornas 20,0 år, 98 % mellan 16 och 24 år. I en del av analysen, den som rör gynekologiska besvär, kompletterades materialet med 177 kvinnor ur en liknande experimentgrupp insamlad våren 1958 (se Nyman och Marke,

1960). Enkätsschemata ifylldes klassvis under en försöksledares översyn.

Resultat

Sambanden mellan syndromen beräknades med hjälp av χ^2 -metodik med upp till 9 fält, beroende på svarsfördelningarna för de olika frågegrupperna. Vid beräkningarna utnyttjades de totala könsgrupperna.

I Tab. I anges sambanden mellan *psykiska* symtomgrupper. Samtliga samband är positiva. Det är uppenbart att de allra flesta frågegrupperna samvarierar, ett förhållande som är så påfallande att man frågar sig om ej ett artificiellt korrelationstillskott bidragit, t. ex. det förhållandet att man kan räkna med förekomsten av till bejakande allmänt disponerade individer (*Couch och Keniston*, 1960). Att symtomgrupperna M och O kan slås samman stödes av deras samband hos båda könen. Det enda syn-

TABELL 1. *Samband mellan symtomgrupper rörande psykiska symtom (I: trötthet, M: ängslan, N: depression, O: osäkerhet, P: sensitivitet, Q: explosivitet, R: spänning, S: paranoia.)*

Samband	Män n=181			Kvinnor n=181		
	Fg	χ^2	P	Fg	χ^2	P
M—O	4	35.283	.001	4	40.752	.001
M+O—I	4	34.672	.001	4	34.595	.001
M+O—N	4	31.818	.001	4	48.552	.001
M+O—P	4	39.719	.001	4	24.257	.001
M+O—Q	4	36.234	.001	4	26.569	.001
M+O—R	4	39.051	.001	4	20.195	.001
M+O—S	2	36.710	.001	2	14.191	.001
N—I	4	35.035	.001	4	63.396	.001
N—P	4	29.683	.001	4	17.782	.01
N—Q	4	34.736	.001	4	11.686	.02
N—R	2	21.771	.001	4	13.403	.01
N—S	1	7.492	.01	2	18.399	.01
P—I	4	30.059	.001	4	9.258	—
P—Q	4	32.274	.001	4	29.106	.001
P—R	4	21.534	.001	4	21.989	.001
P—S	1	16.913	.001	2	3.536	—
Q—I	4	32.458	.001	4	17.043	.01
Q—R	4	25.897	.001	4	24.896	.001
Q—S	1	3.048	—	2	2.721	—
R—I	2	20.161	.001	4	25.784	.001
R—S	1	9.342	.01	2	7.100	.05
S—I	1	5.940	.02	1	16.955	.001

dromparet som ej samvarierar hos något kön är explosivitet och paranoia. Detta torde knappast kunna skyllas på att dessa båda syndrom skulle vara så inexact registrerade att ett ev. samband skulle försvinna på grund av metodfelet, eller i verkligheten vara inhomogena. Troligen är oberoendet reellt: med övriga höga samband som bakgrund kan man tänka sig en bakomliggande antagonism mellan schizoid och neurotisk "hämning" och normal eller psykopatisk "spontanitet".

Sensitivitet och trötthet samvarierar hos män, men ej hos kvinnor. Som trolig förklaringshypotes kan man antaga, att de sensitiva symtomen (items nr 156—nr 161 i Tab. 6) har patologisk valör i högre grad hos män än hos kvinnor, hos vilka senare symtomen delvis kan räknas till av tradition "kvinnliga" normaldrag.

Sensitivitet och paranoia samvarierar blott hos män. Med tanke på föregående resonemang har man även här anledning att skylla på sensitivitetsskalans (kanske också paranoiaskalans?)

TABELL II. Jämförelser av svarsfördelningar för skilda symptomgrupper och kön.

Delskala	Antal Ja-svar	Män n=181	Kvinnor n=181	Fg	χ^2	P
C ₁ (Cirkulation)	0	129	122	4	1.792	—
	1	30	28			
	2—	22	31			
D ₁ (Digestion)	0	82	55	4	8.728	.10
	1	61	81			
	2—	38	45			
I (Trötthet)	0	99	111	4	2.322	—
	1	50	38			
	2—	32	32			
M (Ängslan)	0	67	36	4	15.340	.01
	1—2	54	55			
	3—	60	90			
N (Depression)	0	105	91	4	4.888	—
	1	45	42			
	2—	31	48			
O (Osäkerhet)	0	126	106	4	4.800	—
	1	22	30			
	2—	33	45			
P (Sensitivitet)	0	83	55	4	14.810	.01
	1	57	53			
	2—	41	73			
Q (Explosivitet)	0	64	55	4	6.314	—
	1	53	39			
	2—	64	87			
R (Spänning)	0	127	78	4	27.006	.001
	1	25	48			
	2—	29	55			
S (Paranoia)	0	163	159	1	0.450	—
	1	18	22			

lägre patologiska valör hos kvinnor — det är dock ägnat att förvåna att inte redan en språklig släktskap mellan skalornas formuleringar gett en samvariation.

De skilda symtomgruppernas fördelningar för olika kön framgår av Tab. II. Ängslan, Sensitivitet och Spänning har frekventare bejakats hos kvinnor, vilket är rimligt bl. a. av det skälet att man får tänka sig ett tillskott av konventionellt betingade jakande svar.

Bland *organsyndromen* har Cirkulation och Digestion förväntats vara av "psykosomatisk" typ. Frågorna (i denna tillämpning) var för *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? Besväras ni ofta av hjärtklappning? Brukar hjärtat ofta skena iväg? Händer det att ni får ont i hjärttrakten när ni blir upprörd eller bekymrad? När ni har ont i hjärttrakten, går det då också ut i vänster axel eller arm?, och för *Digestion*: Brukar ni äta kakor, sötsaker eller dylikt mellan måltiderna? Är er mage ofta i olag? Brukar ni känna er stinn eller övermätt efter måltider? Brukar ni besväras av rapningar efter måltiderna? Får ni ofta så svåra magsmärtor att ni måste krypa ihop? Har ni haft magsår? Har ni ofta diarré?

Även de gynekologiska frågorna har räknats som "psykosomatiska" och undersökts beträff-

TABELL III. Samband mellan symtomgruppen rörande subjektiva cirkulationsbesvär (C_1) och symtomgrupperna *digestion* (D_1), *gynekol. besvär* (H_1), *trötthet* (I), *ängslan* (M), *depression* (N), *osäkerhet* (O), *sensitivitet* (P), *explosivitet* (Q), *spänning* (R) och *paranoia* (S).

Samband	Män n=181			Kvinnor n=181		
	Fg	χ^2	P	Fg	χ^2	P
C_1-D_1	2	3.396	—	4	15.706	.01
C_1-H_1	—	—	—	2	23.310	.001
C_1-I	2	14.285	.001	2	11.206	.01
C_1-M	4	26.223	.001	4	5.214	—
C_1-N	2	29.954	.001	4	17.026	.01
C_1-O	2	27.194	.001	2	9.552	.01
C_1-P	4	26.585	.001	4	31.811	.001
C_1-Q	4	15.930	.01	4	20.864	.001
C_1-R	2	9.739	.01	4	14.142	.01
C_1-S	1	7.030	.01	1	1.887	—

TABELL IV. Samband mellan symtomgruppen rörande subjektiva *digestionsbesvär* (D_1) och symtomgruppen *gynekologi* (H_1) samt grupperna för psykiska besvär ($I-S$).

Samband	Män n=181			Kvinnor n=181		
	Fg	χ^2	P	Fg	χ^2	P
D_1-H_1	—	—	—	4	14.281	.01
D_1-I	4	29.366	.001	4	29.052	.001
D_1-M	4	25.950	.001	4	10.991	.05
D_1-N	4	16.620	.01	4	20.812	.001
D_1-O	2	14.634	.001	4	3.572	—
D_1-P	4	5.643	—	4	2.043	—
D_1-Q	4	10.451	.05	4	4.995	—
D_1-R	4	18.542	.001	4	7.276	—
D_1-S	1	2.469	—	2	3.522	—

fande sina relationer till neurotiska symtom. Frågorna lyder: 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?

I Tab. III, IV och V visas de "psykosomatiska" symtomgruppernas relation till neurotiska besvär hos män och kvinnor. De säkerställda sambanden dominerar när det gäller Cirkulation (Tab. III) men blott männen visar samband mellan cirkulationsbesvär å ena sidan och Ängslan, respektive Paranoia å den andra. Enligt frågornas avfattning kan måhända även Ängslan misstänkas ha såpass konventionell, irreell innebörd för de kvinnliga försökspersonerna att skalans validitet är osäker; beträffande Paranoia bekräftar bristen i samband mellan detta syndrom å ena sidan och såväl Cirkulation som Digestion (Tab. IV) å den andra att vi har anledning fasthålla vid vår förklaringshypotes inför det negativa fyndet beträffande samband sensitivitet—paranoia hos kvinnor: att detta borde förklaras av att skalorna inte mäter samma sak hos kvinnor som hos män.

Vad beträffar sambanden mellan digestionsbesvär och neurotiska besvär finns även köns-differenser. Dessa är dock icke desamma som vad beträffar cirkulationsbesvaren. Sambandet

digestionsbesvär—ängslan är blott sannolikt och motsäger icke vår förklaring av sambandsbristen i föregående tabell; å andra sidan faller hos kvinnorna bort Explosivitet och Spänning som när det gällde cirkulationsbesvär visade samma samband som hos männen. Vi har här anledning att dock antaga någon art av "reell" skillnad mellan de två organsymtomatiska gruppernas psykologiska symtomatologi, även om denna skillnad här endast ger sig tillkänna hos kvinnor. Med tanke på den intressanta frågan om specifika psykiska bilder vid skilda psykosomatiska syndrom bör man dock se denna differens som ett indicium att sådana specifika mönster kan förväntas existera. Övertygande fynd att så är fallet är i själva verket sparsamma i litteraturen.

Mellan de två organsymtomgrupperna finns ett samband hos kvinnor men ej hos män. Skillnaden bör ses mot bakgrunden av de båda symtomgruppernas större frekvens hos kvinnor, och bidragande till sambandet kan vara båda symtomgruppernas samband med gemensamma neurossymtom.

Gruppen *gynekologiska symtom* samvarierar med samtliga mentala symtomgrupper från I till S (Tab. V). Det har tidigare visats att dessa besvär är korrelerade med subvalida egenskaper enligt ett psykologiskt frågeschema (Nyman och Marke, 1960). Symtomets starka psykiska laddning synes stå utom varje tvivel.

TABELL V. Samband mellan symtomgruppen för subjektiva gynekologiska besvär (H_1) och grupperna för psykiska besvär (I—S).

Samband	Fg	Kvinnor n=343 χ^2	P
H_1 —I	4	34.304	.001
H_1 —M	4	16.063	.01
H_1 —N	4	38.159	.001
H_1 —O	4	40.379	.001
H_1 —P	4	20.906	.001
H_1 —Q	4	25.067	.001
H_1 —R	4	22.561	.001
H_1 —S	1	6.207	.02

Skalanalys

Sedan beräkningarna fastställt så talrika samband finns alla skäl att genomföra en mera detaljerad skalanalys med jämförelse mellan enstaka frågor i de mentala grupperna. Metoden som vi tillämpat var den av Ekdahl modifierade varianten av Likertanalys för vilken redogjorts i ett tidigare arbete (Nyman och Marke, 1961). En indelning i kvartiler gjordes utgående från poängvärden i den nämnda preliminära skalkombinationen M+O. En prövning skedde av samtliga frågor från M—T. Med utgångspunkt från värdena på varje frågas differentierande förmåga mellan extremkvartilerna enligt den nämnda beräkningsmetoden — vid vilken

TABELL VI. Resultat av skalanalysen.

DP_k1-värdena är beräknade utifrån extremkvartilerna i skalan M+O (17 frågor).

DP_k2-värdena är beräknade utifrån extremkvartilerna i den slutliga neurosskalan (32 frågor).

För de frågor som ingår i den slutliga neurosskalan är frågans nummer understruket.

Frågans nummer	Frågans formulering	DP _k 1		DP _k 2	
		Män	Kv	Män	Kv
	<i>M. Ängslan</i>				
<u>132</u>	Brukar ni svettas och darra när ni blir utfrågad eller förhörd?	.63	.69	.68	.65
<u>133</u>	Blir ni nervös och spänd inför överordnade?	.84	.81	.84	.67
<u>134</u>	Har ni svårt att arbeta när ni är iakttagen av någon överordnad?	.90	.86	.87	.84
<u>135</u>	Står det still i huvudet eller blir ni nervös när det gäller att bli fort färdig med något?	.88	.79	.84	.72
<u>136</u>	Måste ni ta det mycket långsamt för att vara säker på att undgå misstag?	.63	.48	.55	.54
<u>137</u>	Har ni lätt för att missuppfatta order och föreskrifter?	.64	.77	.70	.81
<u>138</u>	Är ni rädd för nya situationer och obekanta människor?	.69	.67	.69	.61
<u>139</u>	Är ni rädd för att vara ensam utan någon vän eller bekant i närheten?	.84	.45	.81	.42
<u>140</u>	Har ni svårt för att besluta er?	.64	.58	.67	.57
<u>141</u>	Önskar ni att ni alltid hade någon till hands att fråga till råds?	.71	.60	.75	.58
<u>142</u>	Händer det ofta att ni känner er tafatt?	.72	.68	.74	.71
	<i>N. Depression</i>				
<u>143</u>	Känner ni er ofta ensam och dyster i sällskap?	.49	.71	.55	.61
<u>144</u>	Brukar ni ofta känna er olycklig och ledsen?	.66	.46	.74	.68
<u>145</u>	Brukar ni ofta känna er plågad eller ur gängorna?	.57	.68	.68	.80
<u>146</u>	Tycker ni det är lönlöst att planera för framtiden?	.38	.80	.50	.75
<u>147</u>	Har det hänt att tillvaron mist sitt intresse för er?	.42	.39	.53	.54
<u>148</u>	Önskar ni ofta att ni vore död och borta från alltihopa?	.52	.48	.62	.63
<u>149</u>	Har ni ofta en känsla av att ingen behöver er mera?	.71	.66	.75	.77
	<i>O. Osäkerhet</i>				
<u>150</u>	Brukar ni för det mesta vara ängslig och orolig?	1.00	.82	.92	.91
<u>151</u>	Blir ni nervös och irriterad även av småsaker?	.42	.66	.47	.66
<u>152</u>	Är ni nervöst lagd?	.71	.56	.70	.64
<u>153</u>	Har ni ofta haft besvär med det sexuella?	.66	.00	.67	.29
<u>154</u>	Har ni haft ett nervöst sammanbrott någon gång?	.59	.41	.61	.41
<u>155</u>	Besvärar ni av dåligt självförtroende och mindervärdes-känslor?	.79	.62	.83	.67
	<i>P. Sensitivitet</i>				
<u>156</u>	Är ni mycket blyg och känslig?	.68	.48	.71	.65
<u>157</u>	Blir ni lätt sårad i era känslor?	.44	.35	.54	.52
<u>158</u>	Blir ni mycket plågad när man kritiserar er?	.60	.53	.71	.58
<u>159</u>	Kan man säga att ni är lättstött?	.55	.38	.55	.42
<u>160</u>	Brukar ni ofta bli missförstådd?	.45	.50	.57	.63
<u>161</u>	Blir ni plågad när folk blandar sig i era angelägenheter?	.31	.07	.47	.19

Frågans nummer	Frågans formulering	DP _k ²		DP _k ²	
		Män	Kv	Män	Kv
	<i>Q. Explosivitet</i>				
162	Måste ni anstränga er för att lägga band på ert humör?	.18	.22	.29	.40
163	Har ni alltför lätt att ge vika för plötsliga impulser och nycker?	.24	.15	.29	.37
164	Får ni ibland lynnesutbrott som ni sedan ångrar?	.30	.39	.42	.59
165	Blir ni lätt irriterad och upprörd?	.39	.40	.45	.50
166	Kan små besvikelser gå er på nerverna och göra er förargad?	.45	.36	.50	.41
167	Blir ni arg om någon ger er föreskrifter om vad ni skall göra?	.24	.28	.40	.28
168	Brukar folk ofta gå er på nerverna?	.36	.58	.51	.73
169	Brusar ni lätt upp om ni inte genast får som ni vill?	.44	.29	.62	.46
170	Blir ni ofta utom er av ilska?	.25	.26	.62	.50
	<i>R. Spänning</i>				
<u>171</u>	Får ni ofta darrningar och skakningar?	.69	.44	1.00	.78
<u>172</u>	Känner ni er för det mesta spänd?	.72	.89	.76	1.00
<u>173</u>	Rycker ni till för plötsliga ljud?	.28	.23	.46	.38
<u>174</u>	Känner ni er svag och darrig när någon oväntat skriker åt er?	.61	.47	.91	.59
175	Vaknar ni ofta på nätterna?	.33	.22	.63	.00
176	Blir ni rädd vid plötsliga ljud eller rörelser på natten?	.32	.21	.42	.39
177	Väcks ni ofta av obehagliga drömmar?	.46	.15	.73	.27
178	Brukar ni förföljas av skrämmande eller konstiga tankar?	.47	.29	.50	.59
179	Blir ni ofta plötsligt rädd utan orsak?	.50	.33	1.00	.59
<u>180</u>	Råkar ni ofta i kallsvett?	.59	.56	.89	.78
	<i>S. Paranoia</i>				
<u>181</u>	Måste ni vara på er vakt även när ni är tillsammans med era vänner?	.73	.82	.72	.77
<u>182</u>	Tycker ni att folk försöker undvika er?	1.00	.85	1.00	.85
<u>183</u>	Känner ni det som om folk försöker att såra er genom att inte låtsas se er?	.81	.44	1.00	.78
184	Brukar ni ha en känsla av att folk talar illa om er?	.81	.35	.81	.35
<u>185</u>	Har ni en känsla av att folk i hemlighet motarbetar er?	.67	.57	.63	.57
	<i>T. Amnestiskt syndrom</i>				
186	Har ni fått svårt att koncentrera er även på enkla uppgifter?	.53	.55	.57	.46
187	Har ni blivit tankspridd?	.43	.41	.49	.42
188	Har ni svårt att komma ihåg vad som hände de sista dagarna?	.50	.50	.62	.65
189	Har ni fått svårare för att finna er i främmande omgivning eller ändrade förhållanden?	.61	.62	.62	.54
190	Brukar ni ägna er åt gamla minnen?	.16	.44	.34	.62
191	Intresserar ni er numera mindre för er klädsel?	.22	— .35	.36	.00

man erhåller en koefficient för "differentiating power", DP_k , varierande från 0,00—1,00 — kunde vi med en nedre gräns på 0,40 för båda könen konstruera en allmän neurosskala, som sedan ånyo kunde analyseras i fråga om sin homogenitet. De enskilda frågornas avfattning och DP_k -värden ges i Tab. VI för båda analyserna. Fördelningarna av DP_k -värden enligt den första analysen visas i Tab. VII och för den andra analysen i Tab. VIII. I den förstnämnda tabellen framgår en klar skillnad mellan mera differentierande symtomgrupper och mindre differentierande. Till skalan M+O sluter sig som väntat främst N, depression och R, spänning. De paranoidea symtomen differentierar mellan "allmän-neurotiska" och symtomfattiga blott hos män, men ej hos kvinnor; här återfinner vi den bristande differentieringsförmågan hos kvinnornas paranoidea symtom som tidigare tycks ha gett sig tillkänna. Frågorna på explosivitet ligger övervägande nedanför 0,40-strecket, vilket ånyo illustrerar den relativa antagonismen mellan psykopatisk impulsivitet och neurotisk överkontroll.

Skalanalysen i dess första fas gav tillfälle att utvälja för en endimensionell neurosskala lämpliga frågor enligt DP_k -värdena. De utvalda frågorna finns markerade i Tab. VI medelst understrykningar och deras avfattning bekräftar det rimliga i att de ingår i samma dimension. Den nya analysen med hjälp av extremkvartiler som uttagits enligt den utvalda neurosskalan ger

en fördelning av DP_k -värden som ges i Tab. VIII, sedan vi uteslutit skalan T (organiska och senila symtom). Denna hade visserligen gett hyggliga värden i den första analysen men ansågs ej enligt formuleringarna att döma vara särskilt tillämpliga för generell neurosdiagnostik särskilt ej i äldre försöksgrupper där ett bejakande av frågorna innebär något annat, nämligen symtom på åldrande (Nyman, 1961). Den utvalda neurosskalan omfattade då 32 frågor vilkas fördelning i fråga om DP_k -värden för båda könen låg synnerligen tillfredsställande, över 0,40 för samtliga frågor och över 0,60 för 27 av de 32 hos män och 24 över detta streck för kvinnor. Ett koncentrerat uttryck för homogeniteten hos skalan erhöles helt enkelt genom split-halfkoefficienten som hos test brukar användas för att ange reliabilitet; den blev för män 0,88 och för kvinnor 0,82, vilket utgör mycket tillfredsställande värden för ett enkätschema, med reservationen att de visserligen är beräknade på utpräglad sneda fördelningar.

Diskussion

Den konstruerade neurosskalan synes således fylla gängse krav på homogenitet även om de erhållna värdena som uttrycker denna måste förväntas variera med de stickprov på vilka den tillämpas. På speciella grupper måste man t. o. m. räkna med att skalan "upplöses" i ett par eller flera dimensioner beroende på att sjukdomsbil-

TABELL VII. Fördelningar av DP_k -värden, räknade på kvartilerna för skalan M+O, för skilda symtomgrupper och kön.

DP_k	M		N		O		P		Q		R		S		T	
	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv
—,90	1				1								1			
.89—.80	3	2		1		1						1	2	2		
.79—.70	2	2	1	1	2						1		1			
.69—.60	5	4	1	2	1	2	2				2		1		1	1
.59—.50		1	2		1	1	1	2		1	2	1		1	2	2
.49—.40		2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2		1	1	2
.39—.30			1	1			1	2	3	2	2	1		1		
.29—.20									3	4	1	4			1	
.19—.10									1	1		1			1	
.09—						1		1								1
S:a	11	11	7	7	6	6	6	6	9	9	10	10	5	5	6	6

TABELL VIII. Fördelningar av DP_k -värden för neurosskalans 32 items, för skilda symptomgrupper och kön.

DP_k	M		N		O		P		R		S	
	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv
—,90					1	1			2	1	2	
.89—.80	4	2		1	1				1			1
.79—.70	3	2	2	1	1		2		1	2	1	2
.69—.60	3	3	2	3	1	3		2			1	
.59—.50	1	3	1				1	1		1		1
.49—.40		1			1	1						
.39—.30												
.29—.20												
.19—.10												
.09—												
S:a	11	11	5	5	5	5	3	3	4	4	4	4

derna kan växla struktur hos olika grupper; detta kan då undersökas medelst förnyade skalanalyser av den typ som ovan tillämpats. För mera speciella psykiatriska ändamål bör man naturligtvis använda särskilda skalor för olika neurostyper. Tills vidare anser vi oss dock genom detta arbete och föregående tillämpningar ha demonstrerat det berättigade i konstruktionen av detta svenskspråkiga medicinska formulär. Den därur extraherade neurosskalan kan tydligen också användas som ett instrument för medicinska och psykiatriska extensivundersökningar. Formuläret som helhet har säkerligen också en rent praktisk uppgift att fylla. Erfarenheten från tillämpandet av den amerikanska förebilden har visat, att anamnestiska data som förbigått journalskrivaren ofta fångas av schemat när det tillämpas rutinmässigt på polikliniska mottagningar. Ej sällan har därvid uppgifter kunnat registreras med schemat, som föranlett viktiga utredningar och behandlingar som icke skulle komma att bli utförda enbart på basen av sedvanligt muntligt anamnesupptagande och rutinmässiga undersökningar.

Summary

Sven Marke & G. Eberhard Nyman:

Somatic and mental complaints in a young normal population

An analysis of a medical inventory

A Swedish medical inventory covering 20 item groups referring to different somatic and

mental syndromes is presented. In an application on 362 young students differing connexions between syndromes have been calculated, pointing to some specificity of the mental make-up of female cardiac sufferers as compared to those with digestive troubles. Paranoid and sensitive symptoms appear more pathologic in men than in women. A homogenous 32—item neurotic inventory has been constructed on the basis of a scale analysis according to the Likert method.

(Medicinska högskolan, Psykiatriska kliniken, Umeå 2., Sweden: Head: G. Eberhard Nyman.)

LITTERATURFÖRTECKNING:

- Broodman, K. et al. (1949): Cornell Medical Index Health Questionnaire. (Manual, Ed. 1956) New York.
- Couch, A. & Keniston, K. (1960): Yes-sayers and No-sayers. Agreeing response set as a personality variable. *J. abn. soc. psychol.* 60:151.
- Lorge, I. et al. (1953): Columbia Adult Health Inventory. New York.
- Nyman, G. E. (1961): Skattning av senila beteendedrag i en normalpopulation. *Sv. Läkartidn.* 58:518.
- Nyman, G. E. & Marke, S. (1958): Medicinskt Frågeschema. Stockholm, Skandinaviska Testförlaget.
- Nyman, G. E. & Marke, S. (1960): Temperamentsdrag enligt Sjöbring och subjektiva abnormsymtom. En enkätundersökning på 682 unga individer. *Socialmed. Tidskr.* 37:123.
- Nyman, G. E. & Marke, S. (1961): Sjöbrings differentiella psykologi. Analys och skalkonstruktion. Lund, C. W. K. Gleerup.